VELIA TORTORA

LO S-BLOCCO CHE CURA

Come ripristinare la salute tramite l'OSTEOPATIA 3D e la METODICA DEI BLOCCHI



#1 autore bestseller

BRUNO EDITORE
Ebook per la Formazione

VELIA TORTORA

LO S-BLOCCO CHE CURA

Come Ripristinare La Salute Tramite L’Osteopatia 3D e La Metodica Dei Blocchi

Titolo
“LO S-BLOCCO CHE CURA”

Autore
Velia Tortora

Editore
Bruno Editore

Sito internet
http://www.brunoeditore.it

Sommario

A mio padre e a mia madre

«La salute è il primo dovere della vita»
*Oscar Wild*e

Prefazione

«Permettete alla funzione fisiologica di manifestare la propria infallibile potenza piuttosto che usare una forza cieca dall'esterno» (W.G. Sutherland).

Major B. DeJarnette (D.O. - D.C.) fu allievo e amico del Maestro dal 1922. Ideò un approccio terapeutico basato sul bilanciamento dell'asse occipito-sacrale con l'aiuto di leve pelviche, la SOT.

Velia Tortora (D.O.) ha seguito un eclettico percorso di ricerca e formazione dall'Europa agli Stati Uniti (A.T. Still University, Missouri). Riprende il concetto base della SOT, lo adatta al paradigma dell'osteopatia e lo arricchisce di osservazioni tratte da vent'anni di esperienza ambulatoriale.

Così nasce questo interessante manuale pratico. La metodica appare semplice e priva di pericolo, ma richiede attenzione e precisione. Sono d'altronde parametri imperativi di tutto il nostro arsenale terapeutico!

I test sono affidabili, riproducibili e misurabili. Gli osteopati professionisti troveranno materia di confronto e sperimentazione e gli studenti riceveranno, a loro volta, un valido strumento di riflessione, nonché un'ottima guida per un approccio efficace alla persona sofferente.

Inoltre i lettori più attenti intuiranno fra le righe la presenza di un sottile messaggio umanistico, cioè che nella nostra esistenza ci devono guidare due valori fondamentali: l'amore per la conoscenza e l'amore verso il prossimo.

Jean Marc Campigotto - D.O.

Introduzione

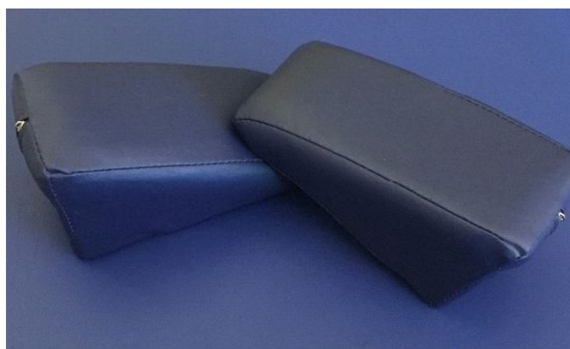
Caro lettore, benvenuto alla scoperta di questo manuale pratico, nel quale ti accompagnerò in prima persona. Cominciamo dalla definizione che l'OMS dà dell'*osteopatia*: «L'osteopatia consiste, nel quadro di una comprensione globale del paziente, nel prevenire, diagnosticare e trattare manualmente le disfunzioni della mobilità dei tessuti del corpo umano suscettibili di alterarne lo stato di salute».

Un trattamento dolce, rapido, indolore e non inquinante, un aiuto potente e insostituibile che risponde in maniera efficace a problematiche croniche e acute. Un approccio specifico per tutti, adolescenti, adulti e anziani e d'obbligo per le donne incinte e i neonati.

Conosci la Metodica dei Blocchi?

È la sintesi osteopatica della Tecnica dei Blocchi di DeJarnette, un modo di leggere e curare il paziente molto efficace che ho elaborato in tanti anni di attività, frutto di dati raccolti dalla pratica quotidiana, punto di partenza dei miei trattamenti e argomento dei miei corsi di formazione per osteopati. In questa sede, desidero trasmettere ciò che è diventata una specifica competenza professionale e una scelta di vita.

Agli inizi del XX secolo, il chiropratico statunitense M.B. DeJarnette ideò un sistema di trattamento che si occupava di mantenimento e ristabilimento della salute in pazienti con sintomatologie acute. I blocchi, da lui inventati, affiancati alle sapienti mani dell'osteopata, agiscono sull'equilibrio posturale, rimettono ordine nel caos delle disfunzioni del corpo, aiutano a togliere nodi fisici ed energetici che preludono la malattia.



I blocchi di DeJarnette

Si tratta di due cunei di misura standard che, disposti sotto il bacino del paziente in posizioni ben precise, fungono da leve auto-normalizzanti. Sono di aiuto all'osteopata, che vede potenziati, in termini di efficacia e durata, gli effetti del suo lavoro.

Dopo aver concluso i sei anni di studio per diventare osteopata, le difficoltà incontrate, sono state molteplici: come inquadrare il paziente, come iniziare e proseguire un trattamento e come fare verifiche. Quali test, strumenti e manovre del bagaglio raccolto utilizzare, come relazionare causa, effetto e sintomi, cosa consigliare, come entrare in empatia? Elaborando questo metodo, mi sono data le risposte.

La Tecnica dei Blocchi di DeJarnette, da me rivisitata, è stata sintetizzata e trasformata per essere applicata alla visione osteopatica. Una proposta di lavoro per professionisti e un approccio terapeutico per la persona che soffre, senza controindicazioni, valida per tutte le età. Questi efficacissimi strumenti sono straordinari complici, eccellenti collaboratori esplorativi e curativi. Ogni paziente ne ricava un grandissimo beneficio psicofisico: respira, funziona meglio e riprende contatto con il Sé.

La tecnica chiropratica diventa una metodica osteopatica monitorabile, riferibile alla triade «*matter, motion, mind*», un percorso tridimensionale sul paziente, semplificato nel titolo di questo manuale pratico: il metodo 3D. L'attenzione è rivolta al riequilibrio sinergico delle tre dimensioni dell'essere, corpo, movimento, psiche, compresa la sfera emozionale, oltre che al risveglio di una coscienza sopita, liberata dai conflitti e dai condizionamenti che la vita ci impone.

Dall'originale di Patch Adams: «Quando ti prendi cura di una malattia, puoi

vincere o perdere; quando ti prendi cura di una persona in 3D, vinci sempre». Il mio scopo è il successo terapeutico! Se sei osteopata, sai bene cosa vuol dire prendersi cura di un’altra persona, per cercare di risolvere sintomi e dolori, senza fare errori. Questo metodo vuole semplificare il tuo lavoro di osservazione, darti sicurezza, velocizzare il trattamento e i tempi di recupero e farti ottenere risultati tangibili rapidamente.

Osservando i risultati a oggi ottenuti, a qualsiasi persona bisognosa di aiuto, sia per i disturbi che affliggono quotidianamente, sia per la vasta gamma di sintomi funzionali ricorrenti, recidivanti o cronici, suggerirei senz’altro di affidarsi a un osteopata che conosce la Metodica dei Blocchi.

Sebbene il linguaggio tecnico di questo manuale sia complesso, anche la persona inesperta potrà facilmente intuire quale macchina muove il tutto, cosa c’è dietro il semplice tocco diagnostico, come si orienta la mano dell’osteopata su di un sistema vivente.

A volte bastano pochi gesti ben ponderati, correzioni su stile di vita e igiene alimentare, per alleviare un dolore, dare vitalità alla forza innata, restituire benessere. L’osteopatia non è ancora una scienza esatta ma può aiutare a stare meglio, poiché l’osteopata pone al centro della sua attenzione il paziente e non la malattia. Solo imparando ad aiutare sé stessi si può pensare di aiutare l’altro, in questo credo risieda la scelta più importante per tutti gli individui.

Allo stesso modo, soprattutto nel campo della ricerca, si può insegnare agli altri solo ciò che si apprende e si sperimenta in prima persona, in un *continuum* migliorativo che non ha fine. Dedicandomi con passione a un’arte manuale, insegno ciò che pratico e miglioro sperimentando. Dopo innumerevoli successi terapeutici, sento di poter condividere l’efficacia di un atto empirico.

Questo manuale non ha pretesa scientifica, ma vuole essere un utile riferimento per chi come me ama la sperimentazione pratica e per chi vuole documentarsi su questo argomento. L’interesse è divulgare la conoscenza di un metodo di prevenzione e cura della salute che mantenga intatto e puro il messaggio degli antichi maestri. Non esiste una formula magica o un protocollo di trattamento valido per tutti, pertanto il mio intento è quello di definire una metodologia di approccio da prendere come riferimento e da poter utilizzare sempre nel rispetto del paziente inteso come individuo unico.

Ai miei Grandi Maestri va un profondo senso di riconoscenza.

Buona lettura.
Velia Tortora

Capitolo 1
Come nasce la metodica dei blocchi

L'origine dell'osteopatia e i suoi principi

«Life is matter, motion, mind» (A.T. Still).
La salute è nel movimento. Partendo da uno studio anatomico accurato, concentrato sull'osso e sulle sue relazioni connettive, Still, il precursore dell'osteopatia, osservò che molti disturbi sono associati a perdite di mobilità. La struttura prende i sintomi della malattia: quante volte pensiamo di curare la malattia che invece è un semplice blocco di struttura? L'impalcatura ossea costituisce lo scheletro e svolge funzione di protezione, sostegno movimento, ematopoiesi.

Primo principio: la struttura governa la funzione

«Structure and function are reciprocally interrelated» (A.T. Still).
Per struttura Still intendeva il sistema osteoarticolare integrato al connettivo e alla fascia. Riteneva che la perdita di mobilità di questo sistema avesse ripercussione sulla funzione di tutti gli organi collegati al connettivo. Inoltre l'osso contiene il midollo, ovvero la matrice cellulare delle cellule del sangue. Struttura e funzione sono interdipendenti: se la struttura si blocca, si altera la funzione, anche a distanza.

Le mani dell'osteopata interrogano, liberano e restituiscono il respiro alla struttura bloccata. Diceva Still: «Togliete tutti gli ostacoli e quando ciò sarà fatto, la natura provvederà a fare il resto».

Secondo principio: il potere di auto-regolazione

«The body is capable of self-regulation, self-healing and health maintenance» (A.T. Still).
Ogni paziente ha dentro di sé la possibilità di auto-normalizzarsi e guarire in maniera spontanea (omeostasi e auto-poiesi). L'osteopata dialoga con il medico interiore del paziente e invia informazioni all'interno di un sistema vivente, restituendo qualità di vita e benessere; riduce la dipendenza dai farmaci e

aumenta le difese immunitarie dell’organismo.

La mano diventa un mezzo di analisi e di cura: l’osteopata informa il tessuto connettivo, attraverso la palpazione e un attento tocco diagnostico e tratta in maniera dolce e indolore. Il corpo riceve l’informazione e si regola in modo potente e autonomo.

SEGRETO n. 1: la salute è una scelta; la conoscenza di nuovi approcci terapeutici può aiutare la persona che soffre a scegliere la cura giusta per sé.

Terzo principio: l’unità

«The body is a unit, the person is a unit of body and spirit» (A.T. Still). L’uomo è unità inscindibile. Dal più denso osso al più fluido sangue, tutto è connettivo. Ogni parte contiene il tutto come la cellula d’origine. Su quest’unica Cellula, l’osteopata agisce in modo preciso e profondo attraverso la struttura connettivale, drenando liquidi e restituendo mobilità.

Il connettivo deriva dal secondo foglietto embrionale, il mesoderma, il quale possiede caratteristiche ben precise: viscoelasticità, differenziazione e mobilità. Dal mesoderma derivano le cellule sanguigne, quelle ossee e tutto l’apparato di sostegno. Se leviamo l’involucro, la corazza, diventiamo una massa di cellule e liquidi senza forma. La libera circolazione è garantita dalla mobilità della struttura e facilita il drenaggio di scorie e tossine metaboliche. L’acqua rappresenta fino a più del 70% del peso corporeo: siamo una goccia d’acqua!

Laddove ci sono una buona osmosi, una giusta ossigenazione e una libera circolazione dei liquidi vince l’equilibrio e la malattia non viene “nutrita”. Da qui il corollario del primo principio di base: *la regola dell’arteria è suprema*. Una volta liberata la struttura e drenati gli organi emuntori (rene/vescica), il terreno migliora per regolazione del PH e per spontanea eliminazione delle scorie. Mantenere una costante biologica del tessuto interstiziale, del sangue e del metabolismo intermedio (fegato) è oltremodo indispensabile.

SEGRETO n. 2: laddove scorre acqua non ristagna veleno.

Parleremo di tre sistemi fasciali, interconnessi tra loro senza soluzione di continuità, attraverso precise relazioni anatomiche e tensegrili. Un’attenta osservazione seguita da palpazione del tessuto e da test d’ingresso specifici portano l’osteopata a definire la restrizione di mobilità che deve essere trattata

per prima su ciascuno dei tre sistemi.

Le mani ricercano la perdita di mobilità che influenza tutta la Cellula secondo una relazione globale; la liberazione di dette strutture è il punto di riferimento da cui si parte per restituire equilibrio, economia e non dolore.

SEGRETO n. 3: sono tanti i mezzi di lettura per la comprensione del paziente in osteopatia, tutti gli approcci sono validi se compiuti nel rispetto dei suoi principi.

I principi osteopatici sono il punto di partenza per spiegare e dimostrare che la tecnica chiropratica di DeJarnette, così rielaborata, diventa una metodica osteopatica:

1. La struttura governa la funzione: con il posizionamento dei blocchi sul bacino del paziente si libera la struttura e si ottiene una ripercussione immediata sull'asse centrale, per effetto auto-normalizzante.

2. Auto-regolazione: sbloccando la struttura, si ottimizza la funzione e si sfrutta la forza vitale del paziente che si auto-regola, senza essere ancora toccato dalle mani dell'osteopata.

3. Unità: il trattamento normalizza i tre sistemi fasciali contemporaneamente e con una manovra unica. La regola dell'arteria: l'effetto auto-correttivo sulla pelvi e sul rachide agisce direttamente su struttura, tessuti molli e membrane, permettendo l'apertura di tutti i canali di drenaggio dei liquidi dal cranio al sacro.

Con i blocchi viene informato direttamente l'asse centrale, per trattare solo in seguito le eventuali restrizioni di mobilità in periferia. Il centro è il protagonista della metodica.

La Tecnica dei Blocchi: presentazione

Major Bertrand DeJarnette (Nebraska, 1899-1992) è il geniale ideatore della tecnica che ho iniziato a sperimentare vent'anni fa. Ingegnere meccanico, dopo aver subito un grave incidente, decise di curarsi con l'osteopatia. Incantato dai miglioramenti ottenuti, si recò presso l'Osteopathic College, a Kirksville, città dell'attuale ATSU (A.T. Still University) fondata da Still nel 1892. Qui conobbe W.G. Sutherland, innovatore della moderna terapia cranio-sacrale e divenne suo

allievo, per poi ottenere il diploma di D.O. Decise di diplomarsi nel 1924 al Lincoln College of Chiropratic in Nebraska, dove incontrò B.J. Palmer.

Già allora DeJarnette iniziò a cercare una fusione tra ingegneria, chiropratica e osteopatia; la tecnica SOT (Sacro-Occipital Technique) divenne un'interazione tra le tre discipline, unite da anni di imperterrita ricerca clinica.

Nel 1957 fondò la SORSI (Sacro Occipital Research Society International) per consentire la formazione e la divulgazione della sua tecnica. La ricerca di "The Major", così chiamato dai suoi seguaci, lo consacra come uno dei più grandi pionieri nell'ambito della sua professione.

La sperimentazione

DeJarnette mise in atto una strategia d'intervento per quei pazienti che non riusciva a trattare con la manipolazione chiropratica: donne incinte, anziani, obesi, casi acuti e tutti quelli che non davano risposte soddisfacenti.

Da buon ingegnere meccanico, DeJarnette, per operare in modo non traumatico, pensò a due cunei, con misure ben definite e consistenza variabile secondo la costituzione del paziente. Le due leve, disposte sotto il bacino del paziente, risolvevano le perdite di mobilità del quadro pelvico e le asimmetrie degli arti inferiori, alleviavano le sintomatologie acute con il solo posizionamento e senza manipolare. Il punto iniziale di riferimento era l'osservazione dell'arto inferiore più corto. Pertanto la sperimentazione nacque da un'esigenza terapeutica e fu in seguito praticata su tutti i pazienti.

Si parte dalla considerazione che le asimmetrie dell'arto inferiore, da prono o da supino, segnalano la presenza di una torsione pelvica e che, in entrambi i casi, vanno a normalizzarsi con un corretto trattamento osteopatico. Usando i cunei, mentre si correggono le asimmetrie, l'osteopata ha le mani libere per intervenire sul cranio o sulle zone in difficoltà. Risultato: la risposta è ingigantita, il suono si enfatizza come in un concerto con più orchestranti.

Delle esperienze di W.G. Sutherland, allievo di Still, maestro dell'osteopatia craniale, DeJarnette utilizza il principio di auto-regolazione. Sarà il peso del corpo ad agire sulle due leve, come forza intrinseca. Egli si rese conto che, oltre a normalizzare l'asimmetria, il dolore acuto regrediva senza toccare il paziente. Inoltre il posizionamento dei blocchi andava a normalizzare tutto il rachide fino

al livello cervico-craniale C0C1 (base del cranio) per azione distensiva sulla dura madre. Il trattamento terminava con il riequilibrio cranio-sacrale e l’applicazione delle tecniche craniali che aveva appreso da Sutherland.

Dopo cinquant’anni di esperienza e sperimentazione, DeJarnette mette a punto un metodo diagnostico e terapeutico che rispetta la visione unitaria del paziente. Nasce così la Sacro-Occipital Technique, la SOT.

Le tre categorie di DeJarnette

Sono tre le possibili organizzazioni disfunzionali della struttura umana e tre i corrispettivi trattamenti. Scrive DeJarnette: «Niente è più importante nell’arte curativa quanto il conoscere i principi che portano il corpo a reagire in un certo modo». E aggiunge: «Ogni essere umano presenta disfunzioni vertebrali di difesa, le *sublussazioni nascoste*, che il sistema rivela solo se sollecitato concretamente e in profondità». Tutto ciò rispetta il principio massimo dell’osteopatia e cioè che la vera forza guaritrice non risiede nella manovra effettuata sul paziente, ma sulle sue forze intrinseche e che basta una piccola informazione per avere risposte eclatanti. Infatti, «Le categorie non sono nomi di malattie ma un insieme di adattamenti... trovateli, modificateli e riporterete la salute, togliendo la causa del dolore».

Siamo macchine perfette, viviamo in una disfunzione perfettamente organizzata e la malattia non è altro che una disinformazione del sistema.

SEGRETO n. 4: i blocchi agiscono in modo auto-normalizzante e non traumatico sulle distorsioni strutturali e durameriche.

La SOT è l’unica tecnica cranio-sacrale originale degna di questo nome. Prendendo spunto da questa sperimentazione e da questo intelligente approccio terapeutico, ho voluto rielaborare la tecnica per adattarla totalmente ai principi osteopatici e continuare l’opera di un grande maestro.

La differenza tra tecnica chiropratica e metodica osteopatica

La differenza sostanziale risiede nell’approccio iniziale e nell’interpretazione delle tre categorie che DeJarnette inquadrava dal punto di vista prettamente strutturale. Il posizionamento dei blocchi resta identico, cambia tuttavia il modo di leggere e trattare le tre categorie. Lo si fa attraverso la visione osteopatica che sintetizza la realtà dei tre sistemi fondamentali in un discorso unitario, senza

tralasciare nulla della storia del paziente, compreso il suo vissuto emozionale e i suoi errati stili di vita.

SEGRETO n. 5: la metodica dei blocchi permette al paziente di percorrere un “viaggio terapeutico” e di innalzare il suo livello di consapevolezza.

In questa rivisitazione, le tre categorie rappresentano i tre possibili canali di adattamento del sistema vivente che lottano per preservare il centro: sistema strutturale, viscerale e duramerico, sui quali l’osteopatia lavora, così da non considerare solo la parte meccanica come da manuale chiropratico.

Il punto di partenza è definire la *disfunzione unitaria del centro* e liberare l’asse centrale (AC), per poi trattare le eventuali disfunzioni periferiche. Questo il principio fondamentale, il presupposto teorico da cui parto per spiegare il principio attivo della tecnica che ho rielaborato. Descriverò nel capitolo 4 la fisiologia del sistema unitario e i tre possibili adattamenti o categorie.

SEGRETO n. 6: se liberi prima il centro, si corregge spontaneamente la periferia e si riducono i sintomi; il tuo lavoro acquista qualità, perciò farai meno trattamenti sullo stesso paziente (e avrai più pazienti).

Il test di mobilità osteopatico verrà eseguito solo alla fine del rilancio dell’AC e sulla reale zona di compenso che il centro avrà messo in luce grazie al posizionamento dei blocchi. Pertanto si dovrà trattare solo quella zona del connettivo dove l’informazione è nulla e che il sistema indicherà spontaneamente.

Il dolore riferito parte sempre da una problematica del centro e, esclusi i casi acuti, è sempre distante dalla zona che al test osteopatico risulta positiva. Raramente si trova la perdita di mobilità dove c’è il sintomo. Il medico cura il sintomo, l’osteopata lavora sulla causa scatenante, sulla zona del corpo dove non c’è dolore, né movimento, dove il paziente ha perso il contatto con il Sé.

Parleremo più avanti di tre foglietti embriologici, tre sistemi fasciali, tre categorie, tre livelli disfunzionali, tre punti da testare per ogni livello, tre dimensioni dell’essere, del metodo 3D. Per ogni paziente vanno sempre testate e corrette le disfunzioni strutturali, viscerali e durameriche. Impareremo a capire come metterle in relazione e quale correggere per prima.

SEGRETO n. 7: comprendi l’ordine con cui le manovre devono essere

eseguite, rispetta la richiesta del paziente che in quel momento stai valutando: il movimento è la parola chiave, è la connessione tra mente e materia.

Per una buona riuscita del trattamento è altresì fondamentale:

1. conoscere test d'ingresso rapidi ed efficaci per la lettura iniziale del paziente;
2. saper verificare, testare e bilanciare i tre livelli fasciali;
3. trovare con certezza la disfunzione di compenso, cioè quella da prendere in considerazione per prima nella catena lesionale di quel paziente, e saper agire sul giusto livello e con la giusta tecnica.

Con i blocchi, il sistema evidenzia la disfunzione di compenso, quella che DeJarnette definisce la *"sublussazione nascosta"*, e si mette ordine nel caos. Questa perdita di mobilità, quasi mai evidente, va lavorata per prima nel rispetto della consequenzialità logica degli adattamenti del corpo. Tali adattamenti servono per rimanere il più a lungo possibile nel non dolore, pertanto sono spontanei ed è un errore toglierli. Infatti le disfunzioni adattative, e quindi secondarie, spariscono spontaneamente, mentre la disfunzione che era nascosta, e che il sistema normalmente avrebbe mostrato solo alla seconda o terza seduta, si palesa. È quella che definisco di compenso, l'unica da trattare.

Di conseguenza, una volta inquadrata la categoria per quel paziente:

1. saprai cosa trattare subito dopo aver messo i blocchi;
2. otterrai la risoluzione istantanea del sintomo;
3. noterai che la correzione si mantiene nel tempo.

La stessa identica risoluzione si ottiene con un valido approccio osteopatico senza l'utilizzo dei cunei, ma in più sedute e senza evidenze. I blocchi funzionano con un inbound, diffondono un'informazione centrale che entra in profondità e che permette al sistema vivente di auto-normalizzarsi.

SEGRETO n. 8: per avere una risposta amplificata, l'informazione deve essere piccola, data sul livello giusto e nella giusta direzione (principio del minimo stimolo di Weber-Fechner).

La tecnica SOT, rielaborata su chiave osteopatica, innalza la visione diagnostica, che deve essere parte integrante di ogni terapeuta interessato alla salute dei suoi pazienti. Fornisce una visione d’insieme che permette di capire le interrelazioni tra i sistemi cranio-sacrale, viscerale e muscolo-scheletrico, dando una mappa che orienta verso l’auto-normalizzazione.

Capitolo 2
Come immagino il paziente

Il paziente come un'unità cellulare

Il paziente in genere viene da noi osteopati perché soffre ed è infelice. Anamnesi, diagnosi differenziale e visita specialistica sono la cornice entro la quale si deve lavorare. A mio parere, il segreto che facilita la comprensione del paziente è vederlo come una "Cellula unica" che soffre perché non è più in contatto con il suo pensare, agire, sentire.

Secondo il principio olografico di D. Bohm, ogni cellula del nostro corpo contiene informazioni sul tutto, ha una memoria, come l'acqua che invade i tessuti, per cui se informo il corpo in un punto, tutta la Cellula riceve la stessa informazione.

La Cellula ha tutt'intorno a sé uno spazio nel quale respira, comunica e si muove. L'acqua, con le sue proprietà, produce un campo elettromagnetico che fa muovere le cellule in modo definito, producendo comunicazione e auto-organizzazione (fenomeno dell'entanglement).

SEGRETO n. 9: siamo ologrammi nell'universo e la Cellula è l'intero universo: tutta la materia è collegata.

Se si parte dall'asse centrale, che nell'embrione sottende tutto il resto, si va a riequilibrare per prima la parte più intelligente dell'essere umano, l'elemento più ancestrale, quello dove risiede l'intelligenza dell'Io. Di primario interesse terapeutico è mettere luce prima nel centro, nella middle line, nel nucleo cellulare, che gestisce l'informazione e che è direttamente in contatto con gli organi gerarchicamente più importanti (ipofisi, tiroide, timo, plesso solare, surreni, plesso pudendo e gonadi). Attivare questo spazio significa dare energia e vitalità immediata alla Cellula e dinamizzare i liquidi in uno spazio profondo.

Le teorie riportate di seguito sono riflessioni formulate per spiegare una metodologia pratica che funziona. Partendo da una visione meccanicistica, dal ragionamento deterministico e lineare della logica causa-effetto, si giunge nel

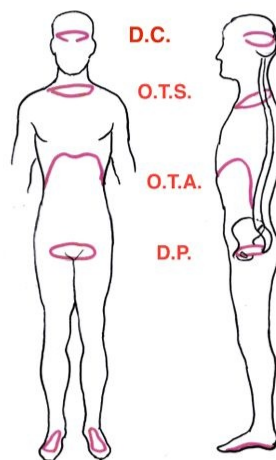
probabilismo di un sistema complesso non ancora dimostrabile. Scrive R.P. Feynman, Premio Nobel per la fisica 1965: «Ho risposte approssimative e possibili convinzioni in diversi gradi di certezza riguardo a fenomeni diversi, ma non sono assolutamente sicuro di niente».

Il sistema lineare: anatomia, fisiologia e biomeccanica del corpo

La prima cosa da fare è una valutazione visiva del paziente che servirà a definire il suo schema posturale. Quest'osservazione permette a fine trattamento di notare gli effettivi cambiamenti ottenuti e il riequilibrio posturale desiderato.

La Cellula presenta un asse centrale AC, intersecato da piani trasversali, i diaframmi:

- diaframma craniale DC (tenda del cervelletto);
- diaframma ioideo;
- OTS (orificio toracico superiore);
- OTA (orificio toracico addominale);
- DP (diaframma pelvico);
- diaframma podalico (Chopart).

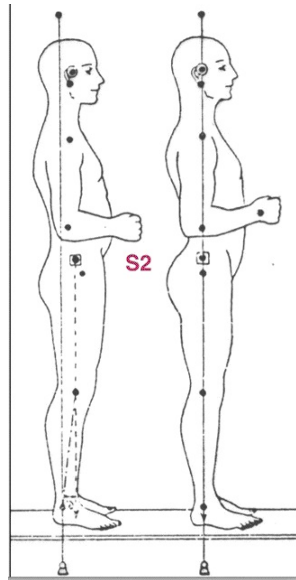


Il collegamento tra centro e periferia è assicurato dalle articolazioni condiloidee: articolazione temporo-mandibolare, scapolo-omerale, coxo-femorale. Sono sei

ruote con la medesima forma sferica che permettono la relazione con l'esterno (masticazione, gestualità, deambulazione).

L'asse centrale (AC) o nucleo della Cellula:

Occipite e **sacro** rappresentano gli estremi opposti del centro, tutori delle meningi, intorno ai quali il corpo si adatta.



L'equilibrio è nel centro di gravità a livello del promontorio sacrale S2, davanti all'asse trasverso-sacrale; il punto opposto di equilibrio si trova nel cranio a livello del seno retto, all'altezza del trago o del canale uditivo interno, dove si colloca il centro di gravità della testa.

Nel tipo posturale ideale, la linea di gravità cade in avanti all'asse bi-malleolare, sull'interlinea di Chopart. Il centro di gravità è proiettato in avanti, bilanciato da un appoggio diaframmatico e da una tensione permanente sulla catena posteriore.

SEGRETO n. 10: il sacro si trova sempre in avanti, in pre-estensione, l'azione diaframmatica e le catene posteriori bilanciano indietro e trazionano l'occipite in posizione di pre- flessione.

I tre diaframmi principali:

- *DC craniale*. Definito dalle inserzioni del tentorio sui temporali, è membranoso. Corrisponde a una dimensione psichica dell'intelligenza

affettiva e della vita di relazione.

- *OTA costale*. Definito dalle ultime sei costole, è muscolo-tendineo. Funzione di ossigenazione e scambio.
- *DP pelvico*. Definito dall'unità sacro-coccigea, è muscolare. Funzione di eliminazione e riproduzione.

L'orificio toracico superiore OTS funge da pompa aspirante dei liquidi e riequilibra le pressioni. Sempre adattativi sono:

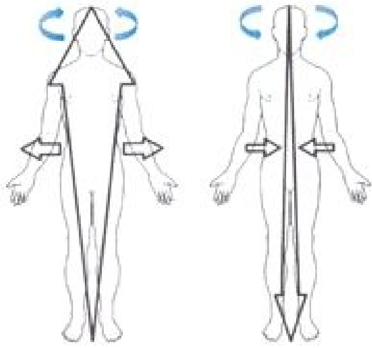
- Il diaframma ioideo, definito da osso ioide e sue relazioni fasciali con i muscoli sovra e sotto ioidei. Mette in relazione la base del cranio con l'apice del torace. Funzione: preserva il centro del cranio dalle trazioni provenienti dal basso e ammortizza le spinte che dal cranio possono coinvolgere la periferia.
- Il diaframma podalico, rappresentato dalla coppia scafoide-cuboide (Chopart, articolazione portante del piede) e dalla fascia plantare. Punto di scarico delle linee vettoriali del corpo e con funzione ammortizzante.

I diaframmi principali sono collegati dalle fasce dell'asse aponevrotico centrale. Se uno solo è perturbato, gli altri si adattano e non vanno trattati per rispetto dell'economia generale.

SEGRETO n. 11: i test d'ingresso (v. cap. 5) ti permetteranno di capire qual è il diaframma in maggiore compenso; se dopo il posizionamento con i blocchi, tale compenso rimane, vuol dire che è primario e da trattare.

Possibilità dinamiche

Man mano che dal centro (AC) ci si allontana verso la periferia, il vettore alto/basso, per la particolare conformazione dei diaframmi, diventa un prodotto vettoriale che definisce un movimento tridimensionale (rotazione esterna/interna). Quindi alto/basso sono i movimenti possibili dell'asse centrale sulla linea mediana rispetto ai piani trasversali; mentre le rotazioni esterna/interna riguardano le ossa pari disposte in periferia.



La flessione delle ossa impari OS (occipite-sacro) comporta la rotazione esterna delle ossa pari situate in periferia TI (temporali-iliaci). L'estensione delle stesse ossa mediane produce la rotazione interna delle ossa periferiche. La Cellula respira con un ciclo completo di inspirazione/espirazione, corrispondente all'espansione o rotazione esterna e di retrazione o rotazione interna delle fasce.

Mobilità del diaframma costale

Nell'inspirazione, l'asse aponevrotico centrale (AAC) scende, mentre la parte periferica con le cupole si apre e il core link sale, ovvero il centro del cranio fa la sua flessione (sincondrosi sfeno-basilare, SSB alta). Si ricordi che la dinamica craniale segue un ritmo indipendente da quello diaframmatico. Nell'espirazione, il centro tendineo sale, le cupole si chiudono e il cranio compie la sua estensione (SSB bassa).

SEGRETO n. 12: osserva se i tre settori che intersecano l'asse centrale – sfera craniale, sfera toracica e sfera pelvica – sono simmetrici e se occipite e sacro sono allineati ed hanno la stessa forma.

Biomeccanica e similitudini

Rendo evidenti le analogie anatomiche e biomeccaniche tra l'alto e il basso, tra il centro e la periferia. Come scrive Sutherland: «La forma è tale perché deve svolgere la sua funzione». Le ossa impari centrali, con stessa morfologia e identica mobilità di flessione, estensione e torsione, sono occipite e sacro. Le ossa pari periferiche con identica morfologia e mobilità di rotazione esterna/interna sono temporali e iliaci.

Relazioni:

Occipite, sterno e sacro come ossa impari del centro.

Temporali, clavicole, cupole e iliaci come ossa pari periferiche.

I punti di repere disposti nel centro (anteriori: glabella, manubrio sternale, xifoide, sinfisi pubica; posteriori: inion, spinose, S2, coccige).

All'esame visivo questi punti devono essere sulla perpendicolare che cade al centro del poligono d'appoggio.

SEGRETO n. 13: se l'occipite è più basso da un lato, con squama deviata a dx, mi aspetto di trovare omo lateralmente il sacro deviato a dx, il cingolo pelvico più aperto e l'arto inferiore in rotazione esterna per coerenza di posizione.

Analogie e relazioni cranio-bacino-diaframmi

La sfera posteriore del cranio si relaziona con il sacro e il cingolo pelvico. Per analogia, si riferisce la sfera anteriore al cingolo scapolare. Le due articolazioni portanti occipito-mastoidea (OM) e sacro-iliaca (SI) mettono in connessione il centro con la periferia (arti superiori e inferiori). OM e SI presentano analoghi binari articolari, lungo e corto braccio, stesso piano sagittale di riferimento e stessa mobilità. Il collegamento fra occipite e sacro interessa anche rachide e pilastri del diaframma, disposti nel centro.

Tra cranio e linea mediana

La SSB si collega verticalmente al centro frenico e al CTP centro tendineo del perineo. L'unica possibile mobilità di queste strutture del centro è: alto/basso.

Tra sfera craniale e diaframmi

L'occipite si collega all'osso ioide tramite i muscoli sovra ioidei e al diaframma toracico tramite le aponevrosi superficiali e medie (ACS e ACP) e i muscoli sotto ioidei. (vedi figura pag. 128). L'occipite si collega al mediastino tramite l'aponevrosi profonda cervicale (parte superiore dell'AAC) che s'inserisce sul tubercolo faringeo. L'occipite si collega al sacro tramite la dura madre (DM).

Relazione biomeccanica fra temporali, clavicole, costole e iliaci

Sono ossa pari, periferiche con la stessa forma e la stessa dinamica di rotazione esterna/interna. Il diaframma è in collegamento con la base del cranio, ma può altresì essere la risultante del cingolo scapolare e del cingolo pelvico.

SEGRETO n. 14: considera la sfera pelvica come quella craniale e viceversa.

Relazioni tramite suture del cranio e periferia

La sutura OM sfera posteriore del cranio, materializza il piano para-sagittale come la SI, sacro-iliaca pelvica. L'interesse funzionale è il movimento alto/basso del centro con espansione verticale del centro dei diaframmi.

La sutura SS sfeno-squamosa, sfera anteriore, materializza il piano para-frontale. Interesse funzionale: le grandi ali dello sfenoide e i temporali permettono l'espansione trasversale del cranio così come le coste inferiori l'espansione dei diaframmi in periferia.

Analogie:

- occipite, sacro, centro frenico, pilastri;
- temporali, iliaci;
- sfenoide, clavicole, cupole.

La sutura SF, sfeno-frontale, materializza il piano para-orizzontale. Sospende il massiccio facciale ed è il punto di conclusione delle catene fasciali intracraniali. La mobilità dell'insicura etmoidale del frontale permette la bascula antero-posteriore dell'etmoide, osso principale delle fosse nasali. Dalla falce l'etmoide distribuisce le forze tensegrili verso il basso. La mobilità di questa zona è indispensabile per l'economia di molte funzioni.

Le tre suture direttrici materializzano i tre piani dello spazio e condizionano le ossa impari:

OM:

- occipite*-sacro
- sfera posteriore del cranio – falce e tentorio

= meccanica

SS:

- sfenoide*-cupole
- relè tra sfera posteriore e anteriore del cranio – tentorio

= movimento

SF

- Frontale-etmoide*
- sfera anteriore del cranio – falce

= psiche

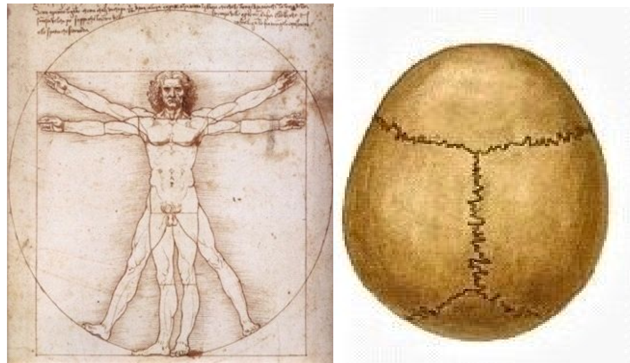
*Occipite, sfenoide ed etmoide sono il prolungamento del rachide cervicale, considerati da Charlotte Weaver come tre vertebre modificate.

Relazioni tra la volta craniale e la periferia

I parietali formano la sutura interparietale da cui si diramano la sutura coronale, anteriormente, e la lambdoidea, posteriormente.

Se guardiamo il cranio dall’alto sembra disegnare l’immagine dell’uomo di Vitruvio, con arti superiori e inferiori che, dal centro, si biforcano verso l’esterno.

La sutura inter-parietale rappresenta la colonna vertebrale con i suoi punti cerniera e gli arti che si sviluppano dal centro.



SEGRETO n. 15: quando lavori la sutura inter-parietale, pensa a queste corrispondenze e troverai sempre un punto più impattato, coincidente con la spinosa di una vertebra bloccata.

Uno scalino sulla volta (bregma) ci orienta sempre sugli schemi posturali misti: gli strain alti o bassi. La palpazione della falce, che percorre tutta la sutura inter-parietale fino all'apofisi crista galli, orienta sulla perdita di elasticità della membrana, da cui derivano cattivo drenaggio e compressioni craniali.

Ovviamente queste sintesi parziali sono congetturate solo per esaminare ipotetiche relazioni lineari, ma nella pratica tutto si collega. Sono solo schemi teorici e teoriche analogie di forma, orientamento e mobilità che mostrano, in realtà, le infinite possibili varianti di connessione.

Sono giochi teorici sulla macchina del corpo umano che servono unicamente per fare una fotografia iniziale della forma della Cellula, con un utilizzo pratico che sarà descritto in seguito.

In altre parole, rappresentano un punto di partenza per capire il significato delle strutture che trattiamo, per orientarci sulla palpazione, per valutare simmetrie e asimmetrie e per decidere concretamente cosa dovrebbe cambiare e migliorare per rendere più economico il sistema.

Perché è dalle fondamenta che si deve partire per costruire un edificio, è dalle basi che si raggiungono le altezze. Ci sono tante altre relazioni possibili, e per un osteopata è importante saper ragionare nella globalità.

SEGRETO n. 16: se modifichi una zona, informi tutta la Cellula.

Riflessioni:

- La base del cranio è la risultante delle rotazioni esterne e interne dei quattro quadranti in periferia, definiti dalle membrane di tensione reciproca MTR, falce e tentorio del cervelletto.

- Lo stato del cranio è indicativo di una forma posturale e la periferia è al servizio del centro. Ad esempio, lo stato di flessione del cranio è la stessa costruzione dello stato di rotazione esterna degli iliaci.

- La sfera pelvica ha la stessa costruzione geometrica del cranio: due quadranti anteriori e due posteriori con rapporti membranosi analoghi.

- Anche il palato presenta quattro quadranti materializzati dalla sutura cruciforme. Il centro del palato corrisponde al centro del cranio ed ha la

stessa mobilità della SSB.

- Se collego COS1, C1L5 e così via, raggiungo il fulcro D5D6, la zona meno mobile, dove si proietta la base del cuore che corrisponde anche alla proiezione orizzontale del centro frenico e del diaframma anteriormente (J.M. Littlejohn).

SEGRETO n. 17: queste relazioni riportano alla legge dell'unità: quando lavori una zona, immagina di avere le mani sempre sul tutto.

Dall'esame posturale si passa a valutare la mobilità. La struttura periferica salvaguarda il funzionamento del centro. In quest'ottica, l'osteopata cerca di migliorare la mobilità in periferia.

Con la Metodica dei Blocchi posso modificare immediatamente il centro, cioè lavorare direttamente e contemporaneamente cranio e bacino, SSB e CTP, intervenendo sulla periferia solo se sarà necessario. I test d'ingresso, elencati nel capitolo sulla pratica, parlano del centro e di come si è adattata la periferia per preservarlo. L'incipit del trattamento è il rilancio del nucleo della Cellula. Cambia solo il punto di partenza, ma la finalità osteopatica è la stessa: *dare vita al centro*.

Capitolo 3
Dalla biomeccanica alla fascia

Non si può limitare l'arte osteopatica a pura analisi biomeccanica.
L'uomo è qualcosa di più di una macchina, è un corpo vivente in movimento, come espresso dalla triade «matter, motion, mind». Un sistema aperto, complesso adattativo, formato da numerosi elementi che interagiscono tra loro in modo non lineare e che costituiscono un'entità unica, organizzata e dinamica, capace di evolvere e di adattarsi all'ambiente.

"La fascia inserita sull'osso forma un'impalcatura tensegrile, un sistema di elementi rigidi discontinui in pressione (le articolazioni) mantenuti in relazione da elementi continui in tensione (muscoli e membrane) che interagiscono in modalità dinamica auto-stabilizzante» (D.E. Ingber).

La forma può cambiare in funzione delle sollecitazioni esterne/interne. Da qualsiasi punto l'adattamento fasciale è trasmesso all'intera rete, il sistema immagazzina energia tramite distorsione e la restituisce tramite normalizzazione della forma. Il corpo si organizza in modo che le somme e i prodotti vettoriali dei tiranti si orientino attorno al centro di gravità e da qui, con una risultante verticale, la forza è ripartita sul poligono di appoggio al suolo. Massima efficacia con il minimo sforzo per una costruzione sui tre piani dello spazio.

Quando uno solo dei vettori torsionali esce da questa logica, la normale fisiologia risulta perturbata e si determina un cambiamento di viscoelasticità e di mobilità registrate sul connettivo. La fascia trattiene la forza centrifuga di espansione data dalla gravità e dal respiro cellulare; è un serbatoio di acqua organica, forma riserve energetiche di grasso, trasmette corrente piezoelettrica con una propria ritmicità. Il connettivo immagazzina energia dall'esterno e la rilascia tramite corrente elettromagnetica, utilizzata dalle cellule.

Il sistema fasciale corrisponde a una mappa del vissuto del paziente. Le disfunzioni croniche sono memorizzate nella fascia ed è per questo che le correzioni hanno breve durata se non si interroga e non si corregge in profondità (le cicatrici sono indelebili).

Dal movimento alla mente

Riferimenti embriologici

A partire dall'uovo fecondato, durante la differenziazione embrionale si formano i tre foglietti: ectoderma, mesoderma ed endoderma, in base a cui si differenziano organi e tessuti. La cellula non si ingrandisce, si suddivide all'interno dello stesso volume, ma non cambia forma. Nell'embrione è già scritto tutto ciò che sarà nella vita adulta, dal tutto unicellulare si organizzano le parti.

L'embrione è una performance, una prestazione biologica, ha già un comportamento che si più avanti proporrà fisiologicamente e poi psicologicamente. Qui struttura e funzione sono unificate, la forma cambia per esercitare una funzione che è già insita in sé stessa (come dice E. Blechschmidt: «L'anima si esercita in anticipo»).

L'embriologia moderna potrebbe spiegare anche l'origine della terza componente della triade, ossia la consapevolezza dell'essere, delle emozioni, del livello più spirituale che risiede nella coscienza individuale e che porterebbe all'essenza dell'essere. Secondo la tabella riassuntiva di D. Claps:

ECTODERMA	MESODERMA	ENDODERMA
• Epidermide • Annessi cutanei (unghie, capelli, ghiandole mammarie, sudoripare e sebacee) • Smalto dei denti • Epitelio olfattivo • Orecchio interno • Epitelio respiratorio del naso • Epifisi, ipofisi, epitalamo, ipotalamo, talamo, ponte, cervello, cervelletto, midollo allungato, gangli spinali e cranici • Midollare del surrene • Nervi motori e sensitivi • Cristallino, uvea • Leptomeningi • Melanoblasti • Ghiandola parotidea • Epitelio delle gengive e del palato duro	• Muscoli striati e lisci • Ossa • Derma, adipe • Tessuto connettivo • Dura madre • Sclere • Sierose (pleura, pericardio, peritoneo) • Denti (dentina, cemento) • Miocardio, endocardio, endotelio dei vasi • Milza • Tessuto linfatico e mieloide • Adenoidi • Reni • Corticale del surrene • Gonadi • Dotto deferente • Trigono vescicale • Uretere • Tuba uterina, utero • Parte superiore della vagina	• Orecchio medio • Paratiroidi, tiroide • Timo • Sottocute (strato di adipe) • Ghiandole sottomandibolari e sottolinguali, tonsille • Lingua, faringe, laringe, trachea, esofago • Polmoni • Stomaco • Fegato, colecisti • Pancreas • Duodeno, digiuno, ileo, cieco, colon, retto, ano • Appendice • Vescica urinaria • Uretra • Prostata • Parte infuriare della vagina, ghiandole del Bartolini • Uova e spermatozoi • Mucose

Ogni foglietto è innervato da un’area cerebrale specifica: l’ectoderma, innervato dalla corteccia cerebrale, rappresenta l’attività cerebrale, il pensare; l’endoderma, innervato dal tronco cerebrale, rappresenta l’attività emozionale, il sentire; il mesoderma, innervato dal cervelletto e dal midollo cerebrale, rappresenta l’attività motoria, l’agire.

Still definiva «soffio vitale» l’energia vitale interna da cui origina la vita. Il respiro cellulare nasce da un asse centrale, la notocorda ectodermica o linea primitiva della cavità neurale, con ependima e ventricoli, da cui dipende la formazione del sistema nervoso centrale (SNC), dove circola liquido cefalorachidiano (LCR) e cui segue la formazione di tutta la periferia (i

diaframmi con organi, muscoli e articolazioni). La materia si forma intorno al vuoto e cresce intorno al centro! Il sistema si espande in modo centrifugo.

SEGRETO n. 18: come negli accordi musicali dalla nota centrale si formano le armoniche, così dalle diverse frequenze del nucleo centrale si formano gli organi e la periferia; tutto è collegato alla prima nota, alla frequenza di partenza.

Il mesoderma è il foglietto embriologico da cui derivano cellule altamente differenziate che formano tessuti con caratteristiche visco-elastiche diverse (dal sangue alle ossa). Da qui derivano gli organi circolatori (cuore, milza), gli organi emuntori (reni) e il tessuto connettivo. È il principale foglietto di riferimento e di analisi per il lavoro dell'osteopata. Questa fascia, che riveste e interconnette i sistemi, è la sede della disfunzione osteopatica. La perdita di mobilità e di elasticità porta alla fibrosi del tessuto. Inoltre il mesoderma darà la forma alla struttura, che si modifica e si adatta tutta la vita, in funzione delle spinte interne, di ciò che viviamo e delle sollecitazioni esterne.

I tre sistemi fasciali

In osteopatia si usa differenziare tre sistemi fasciali per analizzarli, che poi saranno però considerati nella globalità.

SS- superficiale- strutturale

SP- profondo- viscerale

SDM- duramerico- craniale

Sono sistemi distinti, ma interdipendenti, e senza soluzione di continuità. Sul tessuto connettivo, attraverso i test di mobilità, l'osteopata definisce la disfunzione osteopatica: una restrizione di mobilità tessutale che può coesistere nel contempo e su più livelli. Una disfunzione implica sempre il sistema duramerico.

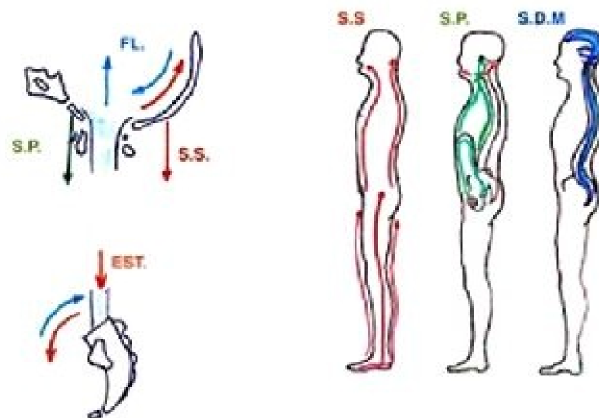
Riferimenti anatomici

Tutti i sistemi delle catene posteriori e profonde vanno ad attaccarsi con precisi punti di riflessione sull'occipite. La fascia superficiale **SS** si inserisce senza interruzione su tutti i rilievi ossei e forma l'impalcatura tensegrile dello scheletro

a partire dalle linee nucali occipitali e dalla mastoide fino alla fascia plantare.

È maggiormente correlata con il sistema muscolo-scheletrico. Nella stazione eretta, questa fascia è in permanente tensione antigravitaria e permette l'orizzontalità dello sguardo. *Qualsiasi disfunzione superficiale strutturale periferica autorizza il movimento di flessione craniale*.

Una cicatrice, una disfunzione di ginocchio, di un'anca, di una vertebra, di una costola ecc. porta il cranio in flessione a causa dell'inserzione fasciale superficiale **SS**. Il sistema profondo **SP** ricopre le cavità interne, gli organi addominali, il diaframma, i polmoni, il cuore. Termina sull'osso ioide e sul tubercolo faringeo dell'occipite.



La risultante di una disfunzione viscerale che coinvolge il tubercolo faringeo tramite la fascia SP mette il cranio in orientamento di estensione. Il sistema **SDM** corrisponde all'inserzione della dura madre su cranio e asse rachideo, coinvolgendo ancora l'occipite tramite falce e tentorio. *La risultante disfunzionale mette il sistema cranio-sacrale in compressione.*

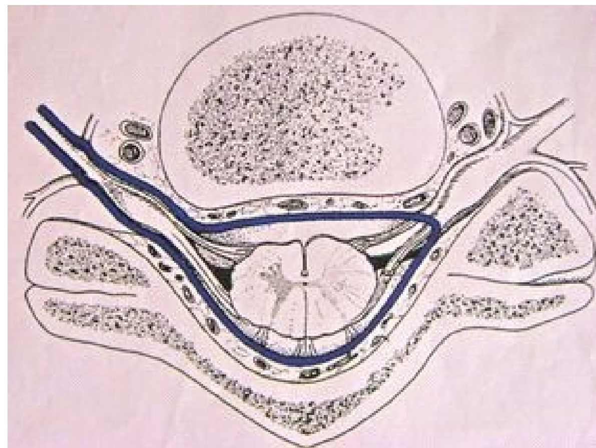
I tre sistemi fasciali si inseriscono tutti sull'occipite, il punto di riferimento comune. L'occipite è l'unico osso del cranio dove si inseriscono entrambe le membrane di tensione reciproca MTR, falce e tentorio, che si connettono con il sacro. Si inseriscono altresì le fasce profonde a partire dal tubercolo faringeo e le fasce superficiali a partire dalle linee nucali. Dalla forma e posizione dell'occipite dipendono l'orizzontalità dello sguardo e il corretto funzionamento dei canali semicircolari deputati all'equilibrio.

SEGRETO n. 19: l'occipite è l'osso principale del cranio e del sistema

scheletrico, punto costante di riferimento, di verifica e trattamento del metodo 3D.

Le meningi e il liquido cefalorachidiano

Encefalo e midollo spinale, sensibili agli insulti meccanici e tossinici, sono avvolti da tre membrane che costituiscono le meningi. Tra pia madre e aracnoide scorre il liquor e in questo modo il SNC è protetto. Falce e tentorio, prolungamenti membranosi della dura madre, formano i seni venosi dove avviene il drenaggio di liquor.



La dura madre (DM), ricca di tessuto legamentoso e di vasi sanguigni, aderisce al canale vertebrale e a tutti i fori di coniugazione, dove fuoriesce insieme al nervo rachideo a livello di ciascun metamero. La presenza di legamenti lungo il canale ependimale fa presupporre un ruolo funzionale, oltre che di sostegno.

Legamenti della DM nel canale spinale

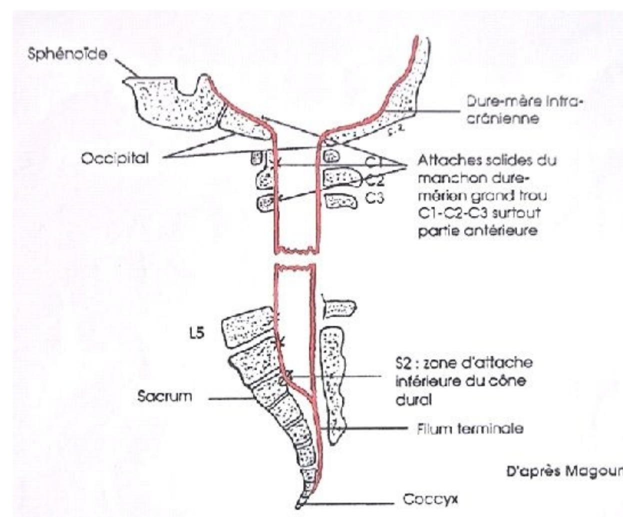
Si descrivono i legamenti arciformi di Trolard con espansione legamentosa anteriore, i legamenti denticolati e i legamenti di Hofmann. I legamenti arciformi presentano una doppia convessità all’interno del canale, duramerica e rachidea, così quando la DM viene tirata caudalmente o cranialmente, una parte delle fibre congiuntive di Trolard si tende mentre una parte si rilascia. Tutto ciò fa pensare al meccanismo di tensione reciproca (MTR).

SEGRETO n. 20: si può ipotizzare che i fasci di Trolard nel canale spinale abbiano un ruolo simile alla falce e al tentorio.

I fasci legamentosi denticolati solidarizzano il midollo alla DM e sono meno

potenti; consentono scivolamenti nelle tre direzioni. I legamenti di Hofmann, tra la faccia ventrale delle radici spinali e il legamento longitudinale posteriore, solidarizzano la DM al canale vertebrale. La forma e l'orientamento nello spazio di tali legamenti presuppongono una forza di spinta verso alto/basso con andamento elicoidale. L'alternanza di trazione del midollo verso l'alto e il basso è data inoltre dalle variazioni della dinamica fluidica.

Nell'atto di riempimento del cranio, il midollo sale e, in quello di svuotamento, scende. La DM non si muove, perché il movimento è dato dalla circolazione del liquor negli spazi meningei e dal nervo spinale che scivola nella sua guaina.



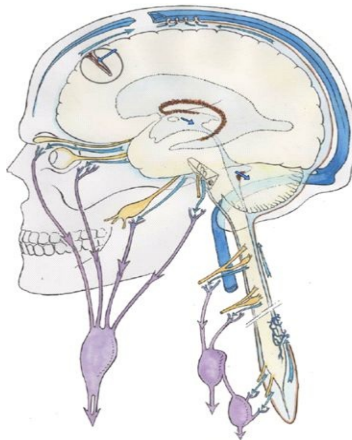
Il liquor

L'integrità del SNC dipende dalla circolazione del LCR. La circolazione del liquor dipende dai movimenti respiratori, articolari e muscolari che danno buona mobilità alle meningi. Il liquor è prodotto dai plessi corioidei, gomitoli di capillari sanguigni che si adattano in permanenza ai cambiamenti di forma dei ventricoli, durante la respirazione craniale.

Svolge azione trofica, protettiva sul midollo, favorisce il deflusso di sangue venoso attraverso una circolazione extradurale e periferica. Regola la pressione intracranica, ripartisce le onde d'urto, elimina i cataboliti della sostanza grigia e assicura il trasporto di ormoni, di serotonina, di endorfine e di albumine e globuline specifiche. A livello della sutura interparietale sono disposti particolari recettori periferici che informano il centro ventricolare della pressione del liquor e la modificano secondo le esigenze. La corretta mobilità delle ossa parietali è pertanto indispensabile per garantire tale funzione.

La quantità di LCR nel canale spinale è di 150 ml e aumenta con l'età; produzione e assorbimento sono continui e, ogni 3/4 ore, viene sostituito e rinnovato il volume totale. Il riassorbimento avviene a livello delle granulazioni di Pacchioni, dei villi aracnoidei, dei seni venosi, del seno sagittale superiore e dei nervi cranici, in particolare il nervo olfattivo, che segue il percorso inverso dell'arteria pterigopalatina. Si compie anche tramite le vie linfatiche intracraniche e le vie venose del piatto cribriforme, fino alla mucosa nasale.

SEGRETO n. 21: una perdita di mobilità dell'etmoide e della sfera anteriore del cranio incide sulla circolazione del liquor ed è pertanto indispensabile ridurla per ottenere il drenaggio.



Piccole quantità di liquor sono riversate negli spazi interstiziali della sostanza fondamentale attraverso i forami di uscita dei nervi spinali circondati, come già detto, da DM che, a questo livello, prende contatto anche con la catena neurovegetativa latero-vertebrale, o nervi di Luschka.

Dagli studi di I. Korr sulla saturazione segmentaria a livello midollare, si comprende come un blocco della struttura modifica le afferenze neurovegetative ortosimpatiche (OE) che viaggiano insieme al nervo spinale.

La complessità e la globalità di questo sistema centrale è tale che, per farlo funzionare, è necessario essere in grado di padroneggiare contemporaneamente tutte le sue parti. Per questo motivo, la DM diventa la regina della SOT di DeJarnette: non esiste alcuna tecnica osteopatica in grado di riequilibrare le tensioni duramеriche con un gesto unico e in modo globale su tutte le sue inserzioni.

SEGRETO n. 22: attraverso il posizionamento dei blocchi, la SOT permette

di armonizzare le tensioni della DM spinale e di liberarla contemporaneamente in tutte le sue parti.

Come insegna DeJarnette, l’effetto vasomotorio apre gli opercoli fibrosi, attiva il drenaggio di liquor e inibisce istantaneamente le distonie neurovegetative. Le principali risposte:

- inibizione delle afferenze nocicettive e riduzione del dolore;
- detenzione istantanea della dura madre;
- aumento del drenaggio venoso, linfatico e liquorale;
- risposta neurovegetativa riflessa;
- scomparsa dell’arco riflesso patologico e della memoria tessutale;
- azione drenante dell’acqua organica.

SEGRETO n. 23: bisogna sempre preservare la circolazione del liquor e di tutti i liquidi, la malattia non è altro che una disinformazione del sistema.

Eccetto i casi di grave compromissione elettromiografica, i risultati sono sorprendenti anche sulle lesioni periferiche che sembrano irreversibili. Finché diamo movimento, tutto è possibile.

Dalla relazione tensegrile all’acqua, dalla materia al movimento, dalla mente al corpo energetico

La Cellula è una goccia d’acqua che crea scambi, onde elettriche ed energia, da cui forse origina la forza vitale di cui parla Still. Tra i principi base della tecnica di DeJarnette si legge: «L’integrità del sistema nervoso centrale dipende dal liquor, il PH alterato crea una risposta alterata». Il liquor era già stato definito dai maestri Still, Sutherland e Magoun «elemento più nobile del corpo», «respiro della vita», «luce liquida», «potenziale elettrico», «tempio dell’informazione», «accordo tra spirito e materia».

L’embriologia moderna (Jaap van der Wal) considera il sangue l’organo più esteso del corpo: 70.000 km di rete capillare aperta, dove almeno 5 litri di sangue sono in movimento. I liquidi del corpo riempiono uno spazio vuoto e sono sede dell’anima... una sede mai esplorata in questi termini, non misurabile e

quindi non condivisibile, che definisco spazio energetico.

Una cosa è certa: se i sistemi di drenaggio sono ostruiti, il PH si altera, si accumulano tossine e si manifestano acidosi metabolica e dolore. La parte acquosa organica deve circolare senza interruzione, essere pulita, ossigenata, dinamizzata. L'acqua che si muove prende informazioni, risuona e consente le attrazioni molecolari.

Ha una memoria con proprietà nascoste, come dimostrano gli esperimenti dei ricercatori Luc Montagnier, Vittorio Elia e il giapponese Masaru Emoto, di cui si possono leggere interessanti studi che giustificano alcuni effetti delle manovre osteopatiche sulla biorisonanza dei tessuti. L'acqua che ristagna trattiene i pensieri oscuri ed è influenzata negativamente da onde magnetiche ambientali.

SEGRETO n. 24: non basta bere molta acqua, è necessario avere organi emuntori funzionanti e membrane periferiche libere.

Acqua, liquor e reni: analogie anatomiche e funzionali

Tutti i sistemi idraulici e di drenaggio presentano la stessa forma, perché hanno la stessa funzione. Il disegno dell'ansa di Henle – i tubuli dei collettori dei glomeruli renali – è paragonabile a quello dei plessi corioidei e dei villi intestinali.

La dinamica dei fluidi avviene per analogia, come per la mobilità del centro, dall'alto verso il basso e viceversa, e così avviene la circolazione longitudinale arterovenosa verso il cuore. La forma di tubuli, plessi e villi facilita la dinamizzazione dei liquidi in essi circolanti. L'acqua che si muove prende informazioni e, se dinamizzata, aumenta il potenziale energetico del liquido e della sostanza che contiene. I nefroni lavorano alternando il loro lavoro ogni otto ore, come il plesso corioideo nel costante alternarsi di produzione e assorbimento.

Il rene si sviluppa dietro al peritoneo ed è totalmente mesodermico. Drena il connettivo attraverso il sangue come il LCR drena il nevrasse. Per funzionare, deve potersi muovere liberamente nella fascia peri-renale. Mettere le mani sul rene significa toccare tutto il connettivo e tutta l'acqua ed entrare nella memoria di tutto il sistema.

I sintomi ricorrenti da ipomobilità renale sono: stanchezza cronica, dolori diffusi,

mani fredde o umide, brividi, alterazione della termoregolazione, edemi palpebrali, piedi e mani gonfi, scarsa sudorazione. Li manifestano i pazienti che bevono poco, si muovono poco e si alimentano male. Il lavoro sul rene facilita l'eliminazione di acido urico e scorie, riduce l'acidosi metabolica e regola la temperatura corporea.

Se il sintomo peggiora in maniera persistente dopo il trattamento, è perché il drenaggio delle scorie tramite i reni non è avvenuto; si formano edemi dall'addome in giù, nevralgie intercostali, dolori periferici fino al ginocchio e al malleolo interno. Se il rene soffre, gli organi vicarianti sono: pelle (ectoderma) e polmoni (endoderma).

SEGRETO n. 25: il rene è l'organo protagonista della metodica.

Ogni categoria prevede un trattamento specifico del rene e un controllo sulle vie di drenaggio. Secondo la mia casistica, il rene è responsabile del 30% dei dolori lombari, mentre il 50% è legato all'intestino e il resto ha origine osteo-articolare o craniale.

Capitolo 4
Come leggo le tre categorie

Fisiologia del sistema unitario e movimento: come respira la Cellula

Dalla cellula all'essere vivente, tutta la vita si manifesta sotto forma di pulsione propria: respiratoria, cardiocircolatoria, cerebrospinale, linfatica, digestiva, muscolare, enzimatica... sono i ritmi corporei. Il sistema cranio-sacrale, il cuore e il diaframma conservano la memoria del respiro cellulare e riproducono i movimenti della Cellula. «L'impulso ritmico craniale è governato da variazioni della pressione del fluido cerebro-spinale e si manifesta in sincronia su tutta la superficie del corpo» (Upledger).

Tutto è respiro, attività di espansione e retrazione. La forza centrifuga imposta dalla gravità e dal principio d'irraggiamento degli arti è limitata dalla forza centripeta di contenzione del sistema fasciale e dall'opposto principio d'irraggiamento centripeto del cranio. Gli arti, come quattro raggi con direzioni vettoriali, spingono verso l'esterno, mentre il cranio, come un cerchio porta alla chiusura e verso il centro, in qualche modo verso sé stessi. Tutto l'organismo con due polarità opposte forma una lemniscata e il respiro è nel mezzo.

Nella stazione eretta, la risultante delle attività ritmiche e del controllo posturale muscolare si manifesta sotto forma di un movimento oscillatorio fine (sistemi di controllo posturale e propriocezione di Sherrington). Dall'esame posturale biomeccanico si evince che gli assi che intersecano il centro sono tutti trasversali:

- asse bi-malleolare;
- asse trasversale sacrale S2;
- assi di mobilità del cranio SS-SS e CSM-CSM.

Se l'asse verticale, con i due tutori occipite sacro, è intersecato da assi trasversali periferici – e poiché l'appoggio è bi-tibiotarsico – il movimento dell'insieme cellulare non può che essere antero-posteriore. In una condizione di equilibrio,

l’oscillazione è di 2° avanti e 2° indietro, registrabile su pedana stabilometrica.

Quando l’oscillazione è alterata, troppo rapida in un senso e poco nell’altro, trasversale o assente, siamo di fronte a una lesione totale. Una funzione alterata darà un’oscillazione alterata, ma una ritmicità ci sarà sempre, poiché traduce il desiderio del corpo di espandersi e retrarsi, come la mobilità del centro del cranio, dove la SSB continua in permanenza la sua mobilità di flesso/estensione anche in presenza di adattamenti dei quadranti periferici.

Applicando il concetto fisico degli “oscillatori armonici accoppiati” alle strutture cellulari, si evince che, se una cellula viene sollecitata in modo ritmico, tutte quelle in continuità anatomica cominciano a muoversi periodicamente alla stessa frequenza. La caratteristica dell’essere vivente è l’auto-movimento: si può muovere anche se nessuna forza viene applicata su di esso.

L’oscillazione di particelle cariche produce un campo elettromagnetico di forma ben definita e con una frequenza che varia secondo un dominio di coerenza. Ogni organo ha il suo dominio di frequenza. I processi molecolari, le osmosi e le reazioni chimiche ed enzimatiche avvengono grazie alle oscillazioni e alle attrazioni chimiche tra le molecole. Le cellule tumorali escono da questo sistema sinergico e impazziscono. Con la messa in sintonia delle oscillazioni, il sistema entra in uno stato coerente con un proprio ritmo o fase.

Il test di oscillazione è il test d’ingresso elettivo per la lettura delle tre categorie e si basa sull’esame della risultante oscillatoria del corpo in appoggio bi-podalico; le variazioni dipendono dagli adattamenti compensatori del sistema unitario accumulati nel tempo. È un test che indica anche la qualità di vitalità del paziente e i suoi eventuali scompensi neurofisiologici e neurovegetativi.

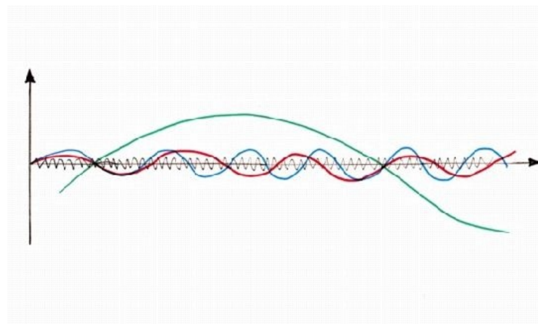
Come oscilliamo correttamente?

Quando le fasi dei ritmi corporei, date dall’insieme di tutte le funzioni organiche, sono libere e in sinergia:

- inspiro/espiro diaframmatico - ca. 15-18 cicli /m
- sistole/diastole cardiaca - ca. 70 pulsazioni
- flessione/estensione craniale - ca. 4 -12 cicli/m

- espansione/retrazione cellulare - diverse frequenze
- oscillazioni di Traube-Hering - Mayer o venomozione
- e così via...

Le due fasi devono alternarsi simmetricamente e sincronicamente, descrivere onde bifasiche su un diagramma spazio-tempo e incontrarsi tutte in un punto focale chiamato “nodo”. I nodi devono risultare equidistanti fra loro. In questo modo, la funzione d’onda creata dalla sovrapposizione di tutti i ritmi produce un’unica grande onda che integra e mette in perfetta sinergia i ritmi tra loro (spazio di Hilbert – equazione di Dirac). Una corretta e armoniosa alternanza delle onde garantisce gli scambi di sangue dall’esterno verso l’interno e lo scorrimento di liquor, che non è sorretto da un motore muscolare, ma dal gioco di pressioni interne.



Quando il paziente non oscilla correttamente?

Quando alla presenza di perdite di mobilità, il sistema si disinforma, salta i bioritmi, altera il normale svolgersi dei nodi, esce dalla corretta risonanza e correlazione dei sistemi.

SEGRETO n. 26: viviamo in un caos organizzato per necessità adattativa e la malattia è la perdita della dinamica di adattamento.

Secondo DeJarnette il “body sway” corrisponde a una lotta permanente contro la gravità da parte del sistema nervoso centrale per favorire la diffusione del LCR. Con la messa in sintonia delle oscillazioni, il sistema entra in uno stato coerente con un proprio ritmo o fase.

Secondo la costante di Planck, per realizzare un’armonia perfetta, il numero dei partecipanti (gli elementi) di quel sistema deve essere indefinito e risuonare in

fase. Il ritmo intrinseco alla struttura si trasmette a tutto l'organismo fino alla cellula più lontana: le cellule entrano in risonanza tra loro, consentendo l'ottimale metabolismo cellulare. Restituire all'organismo una fase oscillatoria coerente, equivale ad accordare uno strumento musicale, mettere ordine nel caos, silenzio nel rumore, economizzare. La fluttuazione sintonizzata diventa musica, connette la psiche, produce benessere e felicità.

Attraverso il metodo 3D, si integrano i ritmi fra loro, si accorda la nota stonata e si riporta il paziente nella propria corretta oscillazione fisiologica antero-posteriore. I blocchi ben posizionati e le mani lavorano sul corpo energetico, mettono i ritmi della Cellula in fase, informano i tre tessuti con una potente azione di messa in risonanza.

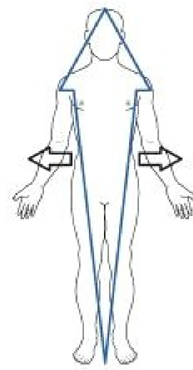
Il test dell'Unità dell'asse centrale

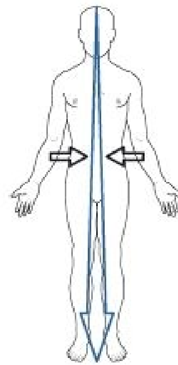
La perdita di mobilità del centro si definisce attraverso il test dell'Unità e, solo dopo aver rilanciato il centro, si pone attenzione alla disfunzione osteopatica da testare e trattare in periferia.

SEGRETO n. 27: per prima cosa, cerca la lesione totale della Cellula, che ha due possibilità di bloccarsi: in apertura o in chiusura.

Il concetto di *unità* era già chiaro a "The Major": «Ogni essere umano sofferente è limitato nella flessione o nell'estensione; dovete capire quale parametro manca nella procedura dei blocchi».

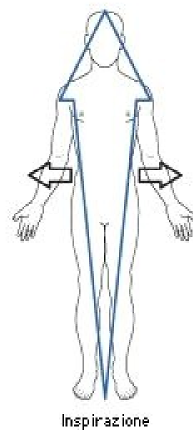
Corrispondenze in apertura e chiusura

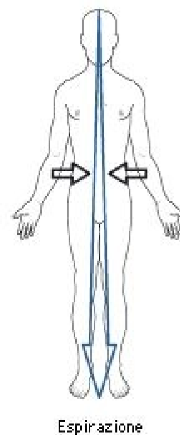




Apertura:

- flessione;
- rotazione esterna;
- fase ascendente dell’AC.





Chiusura:

- estensione;
- rotazione interna;
- fase discendente dell’AC.

Per fare il test dell’Unità dell’asse centrale bisogna definire la fisiologia del sistema unitario: l’asse centrale, con le sue inserzioni durameriche, si muove verso l’alto e verso il basso. Il sacro è responsabile della mobilità del liquor, lotta contro la gravità per equilibrare le forze rotazionali e permette il pompaggio occipito-sacrale.

Per mantenere il sistema integro e garantire l’azione di aspirazione e drenaggio dei liquidi sono necessarie:

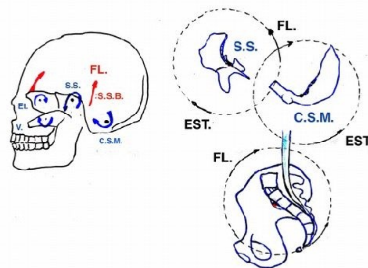
- l’azione di pompaggio del sacro sulla SSB;

- il movimento reciproco dei condili occipitali;
- l’apertura dei fori di coniugazione;
- la correlazione reciproca tra i poli opposti.

Mobilità dell’Asse centrale

Occipite e *sacro* sono i tutori che rendono attiva la mobilità del centro attraverso due fasi: ascendente e discendente.

La fase ascendente corrisponde a una flessione, rotazione esterna dei quadranti e dei cingoli periferici. La forza di espansione centrifuga e gravitazionale è limitata dal sistema fasciale che la contiene e che ne determina anche la retrazione. La fase discendente corrisponde a un’estensione, rotazione interna dei quadranti e dei cingoli.



La fase ascendente equivale alla flessione del cranio e alla risalita del midollo e di tutto l’asse. Il centro di gravità del cranio passa davanti alle apofisi clinoidee posteriori; essendo anteriore, come tutti gli altri assi trasversali, creerebbe una caduta permanente del capo in avanti.

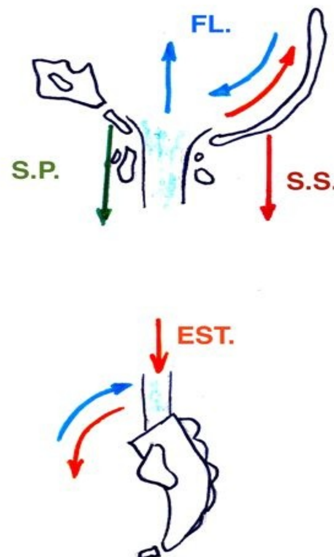
Ciò è impedito dalla tensione permanente delle fasce **SS** sotto-nucali occipitali che garantiscono l’orizzontalità dello sguardo in posizione eretta. L’occipite comanda questa fase grazie al sistema superficiale SS e ai muscoli sotto occipitali, che portano l’osso e tutta la sfera craniale in posizione permanente di pre-flessione.

Per questa relazione fasciale l’occipite tende a portare in avanti e in flessione la SSB, trascinando in alto il sacro per azione duramerica diretta. La squama è in posizione bassa.

La fase discendente equivale all'estensione del cranio e alla discesa dell'asse centrale. Il centro di gravità del corpo è situato davanti al sacro S2; questa forza lo spinge avanti, quindi in pre-estensione.

Il sacro è il tutore del movimento verso il basso, trascina la SSB in basso in posizione di estensione. La squama occipitale sarà relativamente in posizione alta. Questa mobilità dell'asse occipito-sacrale, nucleo della Cellula, corrisponde alla fisiologia della SSB.

Ovvero: nel tempo di **flessione** la SSB aumenta la sua convessità verso l'alto, tutto il nevrasse sale e il sacro segue la risalita, l'asse si muove per permettere la fase ascendente; nel tempo di **estensione**, invece, la SSB rivolge la sua convessità verso il basso, tutto il nevrasse scende e l'occipite segue la discesa, l'asse si muove per permettere la fase discendente.



SEGRETO n. 28: rilanciare il movimento dei due tutori dell'asse per ristabilire la corretta alternanza delle due fasi, vuol dire trattare per prima la disfunzione unitaria della Cellula, per poi capire su quale dei tre sistemi fasciali intervenire.

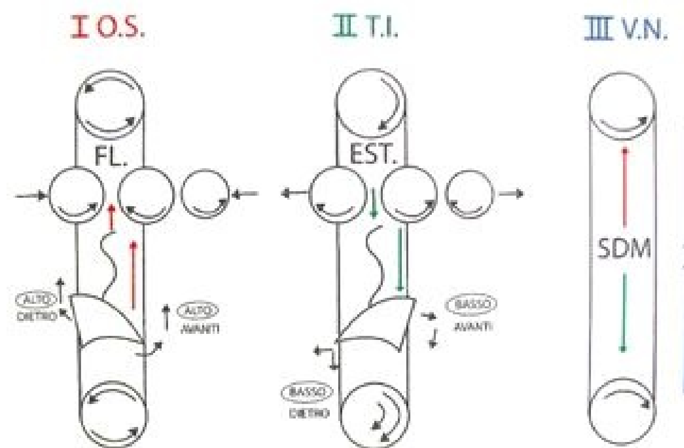
Sintesi dei due movimenti:
FLESSIONE   FASE ASCENDENTE   CRANIO
ESTENSIONE   FASE DISCENDENTE   SACRO

La giusta alternanza di queste due fasi garantisce equilibrio, economia e benessere, rende scorrevole la circolazione dei liquidi e potenzia la forza vitale.

Possibili disfunzioni del sistema unitario: le tre categorie

Il punto di partenza di quest'analisi osteopatica è la ricerca della disfunzione unitaria del sistema. Le tre categorie rappresentano i tre possibili adattamenti che il corpo mette in atto per preservare l'azione di pompa occipito-sacrale, quando un qualsiasi insulto blocca il sistema. Il parametro di maggiore mobilità definisce la disfunzione unitaria.

1) La *prima possibilità* di adattamento si determina per tensione permanente della **SS**. L'occipite è bloccato in pre-flessione, l'AC è alto e trascina il sacro in alto. Sono rispettati i parametri fisiologici di mobilità sul piano sagittale. La fase discendente è impedita. I legamenti della dura madre (Hofmann e Trolard) limitano in parte questa dinamica disfunzionale. La somma delle disfunzioni osteopatiche crea una risultante sul sistema **SS** (struttura).



Il primo adattamento si definisce: **ACA** asse centrale **alto**.

I Categoria OS occipito-sacrale dove:

- il sistema è aperto;
- l'asse centrale è alto;
- predomina la forza di trazione **SS**;

- l’occipite è il tutore in posizione di pre-flessione;
- il sacro è alto e non può andare in estensione;
- la perdita di mobilità primaria è sulla struttura.

2) La *seconda possibilità* di adattamento è quella dove prevale la fase discendente per trazione del sacro. L’occipite si blocca in posizione di estensione e la fase ascendente è impedita. Per preservare la circolazione dei liquidi e la Cellula, recluta la periferia – ilei, temporali e diaframma – in un adattamento afisiologico sul piano frontale. Questa condizione è la risultante delle disfunzioni osteopatiche sul sistema **SP** (visceri).

Si definisce la lesione totale in: **ACB** asse centrale **basso**.

II Categoria TI temporo-iliaca dove:

- il sistema è chiuso;
- l’asse centrale è basso;
- predomina la forza di trazione **SP**;
- il sacro è tutore e in posizione di pre-estensione;
- l’occipite non può andare in flessione;
- la perdita di mobilità primaria è sul viscere.

3) La *terza possibilità* è la compressione. Sono bloccate entrambe le fasi del meccanismo unitario. Per mancanza di mobilità, in senso sia ascendente sia discendente, predomina la forza di trazione **SDM**. Le due fasi competono fino a bloccarsi in compressione cranio-sacrale, sul piano orizzontale.

Si definisce la lesione totale in: **ACC** asse centrale **compresso**.

III Categoria V.N. vertebra-nervo dove:

- il sistema è compresso;
- il meccanismo si blocca nel centro;
- l’occipite è impattato rispetto alla SSB e il sacro rispetto a L5;

- la risultante delle disfunzioni osteopatiche è sul **SDM** (dura madre);
- tutti i sistemi fasciali sono coinvolti.

Sintesi:

- Per le loro analogie anatomiche, occipite e sacro sono i tutori dell'asse centrale. Occipite per la flessione e sacro per l'estensione.
- Una qualsiasi trazione sul sistema superficiale può determinare la I categoria, perché facilita il cranio ad andare in flessione.
- In II categoria, il sistema profondo collegato ai visceri facilita l'estensione, nel senso della discesa tramite il sacro. Per garantire la flessione, il cranio e la pelvi impegnano i temporali e gli iliaci in periferia.
- La III categoria è definita dalla sommatoria degli adattamenti installati sui tre sistemi fasciali che bloccano il cranio in compressione.

La perdita di equilibrio tra i tre sistemi fasciali:

SS	tira il cranio in flex. e limita la est.	**fase ascendente**
SP	tira il cranio in est. e limita la flex.	**fase discendente**
SDM	comprime il cranio e limita le due fasi	**compressione**

La perdita di mobilità del centro si ripercuote sulla periferia, che installerà adattamenti come le asimmetrie degli arti inferiori AAII e dei diaframmi. Si comprende come le tre categorie rispecchino i tre possibili adattamenti sui tre piani dello spazio 3D.

SEGRETO n. 29: le fasi ascendente/discendente, rappresentano la somma di tutti gli adattamenti periferici che hanno bloccato l'occipite in alto o il sacro in basso.

Dopo aver rilanciato la fase, per conoscere se e quali disfunzioni osteopatiche rimangono in periferia, procedo con i test di mobilità osteopatici e, se necessario, riduco la disfunzione di compenso.

Confronto fra le categorie

I CATEGORIA OS: occipito-sacrale ACA

- asimmetria di AAII da prono che da supino si riallinea;
- disfunzione sacro-iliaca;
- il sacro è primario sull'ileo e va trattato se i blocchi e il rilancio dell'asse in fase discendente non lo correggono;
- il diaframma craniale è il più implicato per via del meccanismo di risalita;
- il sistema strutturale è da trattare per primo.

II CATEGORIA TI: temporo-iliaca ACB

- asimmetria di AAII da supino che da prono si riallinea;
- disfunzione ileo-sacrale;
- l'iliaco è primario sul sacro e va trattato se i blocchi e il rilancio dell'asse in fase ascendente non lo correggono;
- il diaframma pelvico è il più implicato per via del meccanismo di discesa;
- il sistema viscerale è da trattare per primo.

III CATEGORIA V.N.: vertebra-nervo ACC

- evidente asimmetria da prono che da supino non si riallinea;
- sacro alto impattato su L5;
- dura madre primaria e compressione cranio-sacrale;
- dopo il posizionamento dei blocchi si rilanciano le due fasi;
- tutti i diaframmi compressi e coinvolti;
- il sistema craniale è primario.

SEGRETO n. 30: la categoria evidenzia sempre una relativa asimmetria di arto inferiore in posizione prona o supina, dovuta agli adattamenti in torsione dell'articolazione sacro-iliaca, ileo-sacrale e della dura madre.

Capitolo 5
Come osservo e testo il paziente

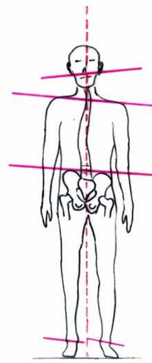
Dalla teoria alla pratica, passi e procedure

L’osservazione delle simmetrie/asimmetrie fra centro e diaframmi indica se il paziente è in economia nella sua postura o se sta lottando con un conflitto interno. È una lettura immediata e globale della Cellula, che poi andremo a testare. Tutto ciò che sta nell’asse centrale deve risultare perpendicolare al poligono di appoggio e non spezzare la perpendicolarità di C0S1, anche in presenza di scoliosi, cicatrici, protesi.

Osservazione visiva e posturale in stazione eretta: l’occipite deve essere allineato su S2 e i diaframmi paralleli tra loro; si notano le grandi asimmetrie.

Osservazione anteriore e posteriore:

- appoggi e carico degli arti inferiori;
- catene ascendenti e/o discendenti;
- i quattro quadranti del cranio e relazione con i cingoli;
- linee di Barrè;
- baionette;
- cerniere;
- diaframmi;
- zone di sofferenza tessutale e incongruenze.



Esame visivo anteriore:

- piano degli occhi e simmetria del visus;
- coerenza tra cingolo scapolare e rotazioni degli arti superiori;
- eventuale deviazione di: ATM e sinfisi mentoniera;
- allineamento tra sterno, ombelico, sinfisi pubica;
- coerenza tra cingolo pelvico e rotazioni degli arti inferiori;
- equidistanza tra ombelico e spina iliaca antero-superiore (SIAS);
- carico, rotazioni degli arti e appoggi.

Allineamento della linea mediana: il mancato allineamento tra glabella - sinfisi mentoniera - xifoide - ombelico - sinfisi pubica si ripercuote a livello di C0C1 e S1S2.

Esame visivo posteriore:

- perpendicolarità dell'asse occipite-sacro;
- deviazione della squama occipitale e altezza delle mastoidi;
- deviazione della base sacrale corrispondente;
- altezza di orecchie e spalle;
- triangoli della taglia e simmetria scapole;

- rotazione dei cingoli;
- deviazioni laterali del rachide e delle spinose;
- equidistanza tra S2 e spina iliaca postero-superiore (SIPS);
- altezza delle creste, gran trocanteri, spina ischiatica;
- linee del cavo popliteo;
- appoggio plantare;
- eventuale asimmetria dei tendini d'Achille.

Osservazione in piedi di profilo:

- osservazione dell'armonia delle curve sagittali;
- postura: anteriore, posteriore, mista, in compressione o in allungamento del rachide.

SEGRETO n. 31: allena l'occhio prima delle mani!

L'esame posturale serve a:

- valutare lo schema lesionale del paziente;
- verificare il risultato del trattamento;
- seguire l'evoluzione del paziente.

I punti di repere sono da comparare prima e dopo il trattamento: l'appoggio dovrà risultare simmetrico, le zone d'incongruenza e di sofferenza tessutale sparire, la forma e la posizione dei tutori d'asse normalizzarsi rispetto alle eventuali rotazioni/deviazioni.

SEGRETO n. 32: se la postura si normalizza o cambia puoi ipotizzare un'evoluzione favorevole; se non cambia, il risultato sarà minimo e non durevole.

Concetto di forma e posizione

Con i test visivi e palpatori, definisco forma e posizione di occipite, sacro e

diaframmi. Sono utili per iniziare a definire le tre categorie, prima ancora di eseguire i test di mobilità. Scopo del trattamento è anche ridurre le tensioni fasciali e riportare, per quanto possibile, le ossa pari e impari in simmetria di forma e posizione. Se c'è una categoria è perché si definisce una posizione dell'asse centrale – alto, basso o compresso – e della periferia in apertura o in chiusura.

SEGRETO n. 33: l'esame della forma permette di stabilire se il paziente sta bene nelle sue scarpe e nel suo assetto posturale.

Le forme o le posizioni asimmetriche adattative della periferia si modificano istantaneamente dopo il posizionamento dei blocchi. L'orifizio toracico superiore spesso si normalizza, la squama occipitale si riallinea rispetto all'apofisi basilare e le deviazioni corrispondenti tra base occipitale e base sacrale (C0S2) si annullano. Le rotazioni periferiche dei cingoli tornano coerenti con la forma dei rispettivi diaframmi e del centro.

Palpazione statica

Con la palpazione statica definisco forma e posizione dei due tutori dell'asse. Il riferimento è dato dalla posizione palpabile delle singole ossa. Non è un test di viscoelasticità, né di mobilità, ma una palpazione che conferma l'osservazione e che serve alla verifica finale.

SEGRETO n. 34: se evidenzi un'asimmetria di forma e posizione dei diaframmi rispetto all'asse, escludi una Categoria I dove, in fisiologia, trovi simmetria.

La palpazione statica non corrisponde alla mobilità, dunque un **occipite alto** è in posizione di estensione, perché la squama palpata si trova in alto. In questa posizione *l'asse centrale è basso*, perché il punto di riferimento del centro è il tubercolo faringeo. Dovrò fare un test di mobilità per definire una disfunzione in flessione o estensione della SSB. Viceversa un occipite **basso** è in posizione di flessione, perché la squama palpata è bassa e, in questa posizione, il tubercolo faringeo è relativamente alto. *L'asse centrale sarà alto*. Il riferimento è la deviazione della squama e la sua posizione in rapporto a C1. Se l'occipite è basso e deviato, lo sarà anche il sacro e nello stesso senso.

Allo stesso modo, palpo la simmetria in apertura o in chiusura dei diaframmi.

L’iliaco si relaziona ai temporali e ai diaframmi. Se gli iliaci sono asimmetrici, troverò asimmetria adattativa di OTS, OTA e temporali, ed escluderò una I e una III categoria. Il test di palpazione statica è di grande aiuto, quando il test dinamico di oscillazione non è evidente.

Posizione dei tutori e categoria. 3 possibilità:

*Occipite	**Sacro	Categoria	Asse centrale
basso	alto	I	ACA alto
alto	basso	II	ACB basso
alto o basso	alto	III	ACC Compresso

*la posizione dell’occipite è riferita alla squama occipitale.

**la posizione del sacro è riferita alla base sacrale.

In III categoria, occipite e sacro sono alti come in I categoria, oppure non si trova corrispondenza di forma tra i due tutori. In III categoria, infatti, l’asse centrale è compresso.

SEGRETO n. 35: tenta sempre di riportare il paziente nello schema più vicino possibile alla concordanza con il proprio centro.

L’osservazione delle catene ascendenti e discendenti permette di fare una prima valutazione sull’origine del meccanismo lesionale del paziente.

I test d’ingresso d’esclusione

Test dei tre punti

La catena può essere ascendente, discendente, disarmonica o mista (verticale di Barrè). Valuto l’altezza di: cresta iliaca, trocantere, ischio e l’altezza della base craniale.

A seconda dei punti rilevati definisco le catene. *Catena ascendente*: se i tre punti sono più bassi solo da un lato, mentre l’occipite è perfettamente allineato. *Catena discendente*: se con simmetria di altezza dei trocanteri, asimmetria degli altri punti, la base craniale devia da un lato.

Test di mobilità delle clavicole

Paziente in piedi: testo la mobilità delle clavicole con presa a pinza tra pollice e indice e chiedo al paziente di far ciondolare leggermente le braccia avanti e indietro.

La rotazione posteriore fa pensare a una catena discendente; la rotazione anteriore fa pensare a una catena ascendente. In entrambi i casi sono implicate le fasce superficiali **SS**.

Brugger test

Rilevando le dissonanze nel passaggio tra la posizione in piedi e seduta, deduco la priorità di una catena ascendente rispetto alla discendente. Se le risposte ai test visivi, palpatori e dinamici, cambiano in posizione seduta, escludo una catena discendente.

I test di mobilità dell'asse centrale

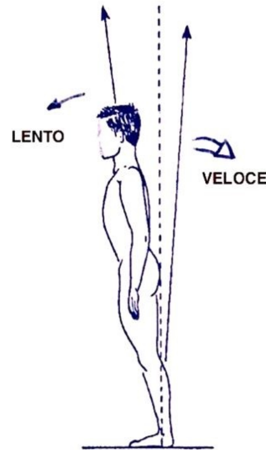
Test delle oscillazioni

È il test d'ingresso elettivo per la diagnosi delle categorie. Permette di decifrare la mobilità del centro, data dalla somma di più componenti; si denomina nel senso della fase oscillatoria lenta o parametro di maggior ampiezza.

Il test si esegue in posizione eretta, con base di appoggio all'altezza della proiezione verticale delle coxofemorali, piedi paralleli, denti non serrati, occhi chiusi. Il paziente è rilassato, in silenzio e molto concentrato su di sé.

Osservo il primo ciclo di oscillazione che deve ripetersi per almeno tre volte consecutive, tralasciando il primo sbandamento dovuto all'assenza di appoggio del campo visivo. L'osservazione viene fatta da dietro, senza toccare il paziente.

L'oscillazione deve essere netta, ossia avere un vettore di direzione osservabile; si denomina in funzione della minore velocità (fase lenta) e della maggiore ampiezza.

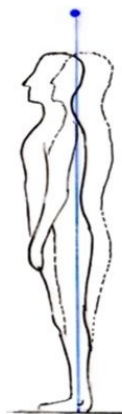


Normalità fisiologica: 2° in avanti e ritorno al centro, seguiti da 2° indietro e ritorno al centro.

SEGRETO n. 36: il test dell'oscillazione è il test della lesione totale o dell'unità; definisce la categoria o la perdita di mobilità del centro, quale fase rilanciare e come disporre i blocchi.

Decodifica delle possibili oscillazioni

I categoria: adattamento **OS**
L'oscillazione è fisiologica, perché rispetta il piano sagittale di riferimento, ma non risulta antero-posteriore di 4°. Può essere anteriore con ritorno al centro o posteriore con ritorno al centro. Una delle due fasi viene a mancare.



I categoria OS

Nella I categoria si descrivono due sottocategorie, caratterizzate da un'oscillazione lenta in anteriorità e/o in posteriorità e un recupero rapidissimo in senso opposto senza passare dal centro.

- *I categoria bis anteriore*: oscillazione lenta in avanti con un recupero rapidissimo in dietro senza stop al centro.
- *I categoria bis posteriore*: oscillazione lenta in dietro con un recupero rapidissimo in avanti senza stop al centro.

II categoria: adattamento **TI**
L'oscillazione non è fisiologica, ma laterale dx o sx, con ritorno al centro. Si possono testare altre quattro possibili direzioni vettoriali: laterale anteriore, dx o sx, e laterale posteriore, dx o sx.



II categoria TI

III categoria: adattamento **V.N.**
L'oscillazione è assente o anarchica. Può descrivere una lemniscata caotica sulla base di appoggio.



III categoria V.N.

Sintesi delle oscillazioni

I categoria: ACA (quattro possibilità)
Oscillazione anteriore o posteriore. Presenta solo una direzione con ritorno al centro e avviene su un piano sagittale fisiologico. Il significato è che il sistema predilige l'apertura e la fase ascendente e che bisogna rilanciare la fase discendente e l'estensione.

II categoria: ACB (6 possibilità)
Netta oscillazione laterale dx o sx, con le varianti vettoriali avanti o indietro e ritorno al centro, sul piano frontale o para-frontale. Significato: sistema in chiusura, predomina la fase discendente e bisogna rilanciare la fase ascendente e la flessione.

III categoria: ACC (2 possibilità)
Oscillazione assente o anarchica. Piano orizzontale. Significato: sistema in chiusura e blocco delle due fasi. Bisogna rilanciare il cranio e le due fasi partendo dal sacro.

SEGRETO n. 37: le oscillazioni definiscono la possibilità di adattamento in uno dei tre piani dello spazio 3D e, pertanto, la categoria.

Test complementari in stazione eretta

Test di sincronia OS

È un test di ascolto e verifica della sincronia cranio-sacrale. Si esegue solo in I categoria. In ascolto a due mani sui tutori dell'asse, si apprezza la sincronia di motilità. Se il test è negativo, i blocchi non si usano, perché andrebbero a enfatizzare un meccanismo cranio-sacrale già in equilibrio. Il paziente si tratta senza blocchi e, sicuramente, sulla struttura.

Test NM neuromotorio dei tre punti

DeJarnette lo chiama *mind language*. È di supporto e grande aiuto quando l'oscillazione non è netta. Indica se le catene che uniscono il centro con la periferia sono ben collegate.

Chiedo al paziente una contrazione contro resistenza del deltoide anteriore (messa in tensione della catena diretta omolaterale posteriore) e valuto il cedimento della forza al contatto di uno dei tre punti, disposti sull'asse centrale, descritti di seguito.

Categoria I: legamento sacro iliaco - sacro
incrocio catena ascendente/discendente
Categoria II: legamento ileo lombare - trasversa L5
incrocio colonna vertebrale / bacino
Categoria III: mastoide - cranio
incrocio cranio/torace/AAC

Quando il sistema centrale in equilibrio è correttamente informato (oscillazione 2°ant. / post), la forza del muscolo al contatto dei tre punti è identica da entrambi i lati.

Quando il sistema unitario è disinformato, la forza muscolare cede su un solo punto corrispondente alla rispettiva categoria.

Test di compressione/allungamento

Eseguo una compressione globale dell'asse centrale con mano craniale su vertex e mano caudale su sacro. Testo la possibilità di mandare la spinta fino al sacro. Lo stesso test si può eseguire chiedendo un auto-allungamento. Si fissa il sacro con la mano caudale e si chiede al paziente di crescere verso la mano craniale.

SEGRETO n. 38: questo test, rapido ed efficace, interroga il centro con una sola mossa, è sempre positivo in III categoria ed evidenzia una compressione cranio-sacrale; è un mezzo di diagnosi ed esclusione della I e della II categoria.

Test dei punti cerniera

Il test precedente può diventare un test selettivo per i punti cerniera: C7D1 - D12L1 - L5S1. Comprimo allo stesso modo l'asse e registro la risposta su tutti i punti cerniera. Valuto il livello sul quale l'informazione non passa. Laddove la spinta non arriva, c'è disfunzione. Il test dei punti cerniera in III categoria è superfluo; si comprende che la compressione è globale e investe tutto il SDM. In I e in II categoria è utile per comparare e bilanciare i punti cerniera e sapere quale trattare per primo.

Test dei diaframmi

Test OTS

Come per l'asse centrale, testo forma, posizione e mobilità dei componenti dell'orificio toracico superiore. Con le mani in appoggio sugli emi-diaframmi, valuto la simmetria/asimmetria ed eventuale disfunzione.

Evidenze:

- I categoria: simmetria, no disfunzioni e dolore ai trapezi.
- II categoria: asimmetria, disfunzioni unilaterali K1K2.
- III categoria: simmetria, disfunzioni bilaterali, no dolore.

Test dei quattro cassoni: statica e respiro

Analisi dei diaframmi in statica e in dinamica per la valutazione della periferia. L'osteopata si posiziona lateralmente e pone una mano davanti e una mano dietro a ciascun diaframma. Nel test dei cassoni bisogna sentire come si espandono le zone durante i movimenti respiratori.

Diaframmi	Prese
DC	fronto-occipitale
OTS	manubrio cerniera C7D1

OTA	xifoide cerniera D12L1
DP	pube – base sacrale

Ogni diaframma presenta una mobilità propria che denota un maggior interessamento di uno dei tre sistemi fasciali (**SS**, **SP**, **SDM**). Eseguo test differenti secondo il livello considerato.

Trigger point

I categoria: dolore bilaterale ai trapezi e tendine d'Achille dal lato corto. II categoria: trapezio unilaterale, SIAS, legamento inguinale, arco plantare interno e segno di cresta. III categoria: mastoide, C1

Test da supino o da prono

Bisogna valutare sempre l'asimmetria di lunghezza degli arti inferiori AAII, utilizzare i test di riferimento descritti nel capitolo 6, per capire come posizionare i blocchi.

Osservazione da supino:

- osservazione e palpazione statica dei tre diaframmi: temporali, iliaci e cupole e relative rotazioni dei cingoli;
- osservazione della linea glabella pube;
- posizione occipite mastoide e temporali;
- OTS;
- OTA;
- creste iliache;
- lunghezza degli AAII e rotazioni d'anca.
- Osservazione da prono:
- osservazione e palpazione statica della sfera posteriore e corrispondenza con il cingolo pelvico;
- osservazione linea mediana da inion a S2, coccige;

- lunghezza degli AAII;
- tensione dei tendini di Achille;
- segno del dollaro e della cresta;
- test pressione rachide;
- posizione occipite e parietali.

Il segno del dollaro evidenzia l'interessamento del grande gluteo in I categoria e del piramidale in III categoria. Il segno della cresta, invece, l'interessamento dei paravertebrali e del quadrato dei lombi in I categoria. Si apprezza con test palpatori la positività dei segni per ciascuna categoria e, se dopo il posizionamento dei blocchi non si normalizzano, si tratterà il muscolo sia dal lato ipertonico sia da quello ipotonico, con specifiche tecniche eseguite in due tempi (a dx e a sx).

SEGRETO n. 39: l'asimmetria dell'arto inferiore da supino traduce una problematica ileo-sacrale ed evidenzia una II categoria; da prono traduce una problematica sacro-iliaca e si evidenzia in I o in III categoria.

Nota

A fine trattamento, con paziente in piedi, il carico del peso del corpo deve essere perfettamente centrato e bilanciato.

La valutazione delle asimmetrie degli AAII è valida, a condizione di non essere in presenza di un vero arto corto. Test dei tre punti d'anca, test NM e misurazione permettono di fare una diagnosi differenziale. Se l'arto è realmente più corto, trattasi di una catena disfunzionale ascendente. Solo in questo caso consiglio l'uso di plantare, con spessore testato per ogni caso specifico, attraverso il test di oscillazione e con le opportune verifiche.

Conclusioni

Dopo tutto questo tecnicismo, voglio ricordare che dietro la forma e il movimento risiedono una psiche e un comportamento (gestalt). Mentre testo un

paziente ed entro empaticamente in contatto con il suo mondo unico e irripetibile, la prima domanda che mi pongo è: che cosa e chi si esprime in quel corpo? Le mani cercano, interrogano senza giudizio, unendo alla conoscenza e all'esecuzione di un preciso gesto tecnico la propensione umanistica all'"ascolto" di ciò che non è evidente. Tramite il linguaggio del corpo, il paziente rivela sempre un'esigenza molto profonda, una richiesta di aiuto nascosta che bisogna saper interpretare.

Esiste uno spazio vuoto, non illuminato entro il quale l'osteopata deve riuscire a entrare, in una posizione distante ma, al tempo stesso, empatica, per comprendere dove è necessario mettere ordine e luce.

Esiste una complessa variabilità biologica dell'individuo da tenere sempre presente, al di là dalle teorie dimostrabili. Se ci si attiene solo al modello scientifico, si perde l'esperienza viva della relazione.

SEGRETO n. 40: nella malattia ci sono una logica da svelare, un preciso messaggio e una causa profonda da capire: guarda il paziente attraverso ciò che è, non attraverso ciò che pensi.

Capitolo 6
Come tratto il paziente, la categoria parla

Trattamento I Categoria OS: ACA

L'occipite, tutore di questa categoria, non permette al sacro di scendere, essendo bloccato in pre-flessione (in statica: squama bassa); ciò comporta una risalita globale dell'AC. Il sistema tende all'apertura. L'adattamento è centrale, occipito-sacrale OS.

Test d'entrata per confermare la categoria:

- test forma posizione dei tutori: occipite basso e sacro alto;
- test oscillazione: anteriore e/o posteriore;
- test NM 3 punti: SIPS;
- OTS simmetrico e assenza di disfunzioni;
- OS positivo;
- test compressione e allungamento per valutare l'AC;
- test compressione selettiva delle cerniere e test dei quattro cassoni, per valutare i diaframmi;
- punti trigger: dolore bilaterale ai trapezi e tendine d'Achille;
- segno del dollaro: gluteo.

SEGRETO n. 41: se i test d'entrata confermano una I categoria, ipotizza una disfunzione primaria del sacro in torsione sull'iliaco, pensa al rilancio della fase discendente e prevedi una disfunzione di compenso su SS.

Dai test iniziali si deduce che trattasi di un adattamento superficiale **SS**, l'occipite è il tutore, la struttura è primaria. Il cranio rimane in fisiologia.

Occipite e sacro sono in asse o deviati dallo stesso lato, l'asimmetria d'arto si

cerca da prono ed evidenzia una disfunzione di torsione sacrale (sx/sx - dx/dx - sx/dx - dx/sx). I diaframmi sono ben stabilizzati sul piano orizzontale, la periferia non è ancora in adattamento, il funzionamento rispetta la lineare fisiologia e la dura madre è poco coinvolta. Il muscolo protagonista di questa categoria è il *grande gluteo*.

Si sceglie direttamente la posizione prona per disporre i blocchi e trattare il sacro. A paziente prono, prima di mettere i blocchi si valuta l'asimmetria degli AAII dai malleoli interni e, quando non è evidente, si provoca con il test del tendine di Achille.

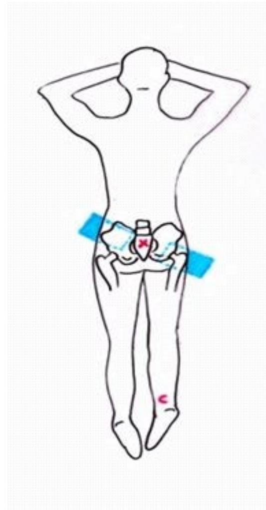
Per differenziare una problematica discendente si effettua il test di Derifield. Test di pressione vertebrale e segno del dollaro, per evidenziare le positività e costatare gli eventuali cambiamenti, dopo il posizionamento dei cunei.

SEGRETO n. 42: non usare i blocchi in I categoria, quando il test di sincronia OS è negativo; il paziente va comunque trattato secondo protocollo classico.

Posizione dei blocchi

1. *cuneo lato gamba corta*: blocco inclinato di 45° dal basso in alto e da fuori verso dentro, lungo il gran trocantere per favorire la rotazione esterna dell'arto inferiore e quindi il suo allungamento.

2. *cuneo lato gamba lunga*: blocco inclinato di 45° dall'alto verso il basso e da fuori verso dentro, lungo la linea tracciata dal blocco contro-laterale, sotto la SIAS dell'arto inferiore più lungo, per portare l'iliaco in posteriorità e quindi accorciare l'arto.



I categoria

SEGRETO n. 43: i cunei riproducono l’asse di mobilità della torsione sacrale e vanno tolti solo se l’arto si è allungato.

L’obiettivo è il riequilibrio della lunghezza degli arti, che avviene per auto-normalizzazione senza manipolare il sacro. Subito dopo il posizionamento:

- controllo delle disfunzioni prima testate;
- controllo del muscolo gluteo e quadrato dei lombi che mantengono una disfunzione sacro-iliaca;
- se è presente il segno del dollaro, si lavora il grande gluteo con tecnica scoop in due tempi (DeJarnette) o altra manovra;
- rilancio a due mani della fase discendente;
- riduzione delle eventuali disfunzioni di compenso evidenziate dopo il riequilibrio del centro.
- Paziente supino:
- reset sinfisi pubica;
- eventuale liberazione del rachide cervicale alto con la tecnica O.A.E. (occipito-atlante-epistrofeo) o con altre manovre strutturali;
- rilancio della fase discendente a partire dall’occipite;

- riequilibrio cranio-sacrale;
- riequilibrio in risonanza tra occipite sterno e occipite sacro.

Paziente in piedi: controllo della postura, delle oscillazioni e dei test d’ingresso

Descrizione dei test e delle tecniche

Test degli Achillei

Paziente prono presa bi-malleolare. Metto in trazione i due calcagni e, contemporaneamente, percepisco la tensione accumulata sui due tendini. Il tendine più teso è relativo alla catena posteriore corta, e lo considero arto corto. Il tendine di Achille è in genere più teso da un lato, per reclutamento del sistema fasciale superficiale **SS** o del **SDM**.

Test di Derifield

Dalla stessa posizione del precedente test, si chiede al paziente di ruotare la testa a dx e a sx. Se, reclutando il rachide cervicale, si modifica la lunghezza degli arti, si pensa a un interessamento di C0C1 duramerico, strutturale o entrambi, da trattare prima o dopo il posizionamento dei blocchi per ottenere il riallineamento degli arti. Se il test è positivo, si deve trattare la cerniera occipito-cervicale con le tecniche strutturali o con la tecnica O.A.E.

Rilancio della fase discendente

Da prono, palmo della mano caudale sulla base sacrale e presa sotto-occipitale con la mano craniale: in più tempi respiratori in espirazione, si mantiene una spinta in avanti/basso che serve a far scendere il sacro sui binari della sacro-iliaca, finché si avverte che anche l’occipite vuole seguire la discesa. Se la trazione dal sacro non arriva all’occipite, si cercano le restrizioni vertebrali da ridurre.

Quando il sacro è libero, termino il lavoro di rilancio dell’asse centrale da supino. L’occipite viene sollecitato verso l’alto, ma con una spinta verso il parametro di estensione. Con presa sotto-occipitale su più fasi respiratorie, il tubercolo faringeo scende per facilitare la discesa dell’asse. Se la trazione è impedita, bisogna liberare una sutura OM, lavoro il cranio o un viscere, preferendo tecniche strutturali. Effettuo un riequilibrio tra cranio e sacro per

rilanciare il sistema sincronicamente nelle due corrette fasi, sfruttando la respirazione del paziente, fino a ottenere un movimento di liberazione, una concordanza tra mobilità, motilità, elasticità, temperatura, risonanza.

Specificità della prima categoria: le categorie bis

Prendiamo in considerazione i seguenti due casi, quando ai test di lunghezza degli arti inferiori AAII, il risultato è la perfetta simmetria e l'oscillazione è di I categoria. Trattasi di disfunzioni del piatto sacrale su L5, che possono essere testate con il test della chiave o con il comune test osteopatico di mobilità del sacro.

I categoria bis anteriore

Il paziente presenta un sacro anteriore bilaterale, simmetria degli AAII da prono e tensione bilaterale dei tendini di Achille, impegnati a lottare contro il permanente squilibrio posturale in anteriorità.

L'oscillazione è lenta anteriore, con recupero rapido indietro, tramite le catene posteriori e del sistema vestibolare. Spesso si associa disordine di un organo del pavimento pelvico. Si eseguono il test della chiave o il test del sacro per evidenziare la disfunzione sacrale e per potere poi posizionare i cunei.

Test della chiave

Si chiede al paziente da prono di tossire e, con il pollice tra L5 e S1, l'osteopata testa la mobilità della spinosa di L5 rispetto al sacro.

Test vasomotorio

Con due dita si scorre lungo la catena dei paravertebrali per evidenziare le eventuali zone "bianche", segno di ortosimpaticotonia locale (Luschka) e di presenza di disfunzioni vertebrali di gruppo. La zona di ipossia sparisce dopo aver messo i blocchi, per risoluzione istantanea degli adattamenti vertebrali.

Posizione dei blocchi

Entrambi i blocchi si collocano davanti alle creste iliache e a 45° verso i trocanteri opposti, per posteriorizzare tutto il quadro pelvico.

Trattamento

Si normalizza il sacro in inspirazione, portandolo in posteriorità, per poi rilanciare la fase discendente.

I Categoria bis posteriore

Il paziente presenta un sacro posteriore bilaterale, simmetria degli AAII da prono e dita dei piedi ad artiglio, per la permanente lotta delle catene anteriori contro il carico in posteriorità. L'oscillazione è lenta posteriore con un recupero rapido in avanti. Si tratta di casi rari, generalmente causati da traumi.

Posizione dei blocchi

Entrambi i blocchi si posizionano davanti ai gran trocanteri e a 45° verso le SIAS opposte, per anteriorizzare il quadro pelvico.

Trattamento

Si normalizza il sacro in espirazione, portandolo in anteriorità e rilanciando contemporaneamente la fase discendente.

SEGRETO n. 44: nelle categorie bis, i cunei descrivono due linee che si incrociano su S2; i blocchi facilitano la correzione senza dover per forza manipolare il sacro.

Dopo aver rilanciato le rispettive fasi, mi occupo del riequilibrio occipito-sacrale. Il posizionamento deve essere confortevole. In genere, in I categoria l'arto si allunga istantaneamente; per questo motivo i blocchi non vanno tenuti a lungo per non sollecitare troppo il sistema di auto-correzione.

I blocchi non correggono le lesioni traumatiche o gli esiti di fibrosi quindi, alla fine del trattamento, è bene controllare sempre la periferia, in particolare gli appoggi: ginocchia, peroni, caviglia.

Trattamento II categoria TI: ACB

Il sacro, tutore di questa categoria, trascina l'occipite in posizione di pre-estensione (in statica: squama alta) e ciò comporta una discesa globale dell'AC. La Cellula tende alla chiusura. La fase ascendente non è garantita dall'occipite, pertanto vengono sollecitati i temporali e gli iliaci in periferia. Si segnala un adattamento non più centrale, ma TI (temporo-iliaco) che ricorda l'analogia tra OM e SI (vedi capitolo 2).

Test d’entrata per confermare la categoria:

- test forma e posizione dei tutori: occipite alto – sacro basso;
- test oscillazione: netta laterale dx o sx;
- OTS: asimmetrico di forma e mobilità;
- test di compressione e allungamento;
- test selettivo dei punti cerniera;
- test dei quattro cassoni;
- punti trigger: trapezio unilaterale, K1K2, SIAS, legamento inguinale, arco plantare interno e segno di cresta.

SEGRETO n. 45: se i test d’entrata confermano una II categoria, ipotizza una disfunzione primaria ileo-sacrale, pensa al rilancio della fase ascendente e prevedi una disfunzione di compenso sulle fasce profonde SP, oltre che su quelle superficiali.

Dai test iniziali si deduce che trattasi di un duplice adattamento fasciale **SS** e **SP**; il sacro è il tutore; il cranio è decisamente coinvolto. Secondo casistica, trovo disfunzioni di torsione dx o sx o di side-bending-rotation (LFR). Il viscere è spesso primario. Occipite e sacro non sono in asse, per adattamento TI.

Si parlerà di rotazione del cingolo pelvico e della sfera posteriore, disfunzione di uno o entrambi i temporali e delle OM. L’asimmetria d’arto si cerca da supino ed evidenzia una disfunzione di torsione iliaca (anteriorità / posteriorità / pseudo-rotazione).

La catena lesionale è laterale, il funzionamento esce dalla normale fisiologia, si installa un adattamento periferico in cui sono sicuramente coinvolti psoas e diaframma.

Lo **psoas** è il muscolo principale di questa categoria. La pelvi è asimmetrica e in pseudo-rotazione. La cupola diaframmatica è sempre adattativa. L’OTS compensa, per rotazione opposta della pelvi, in contro-rotazione. C7D1 in disfunzione primaria o adattativa. Si sceglie direttamente la posizione supina, per mettere i blocchi e trattare gli iliaci.

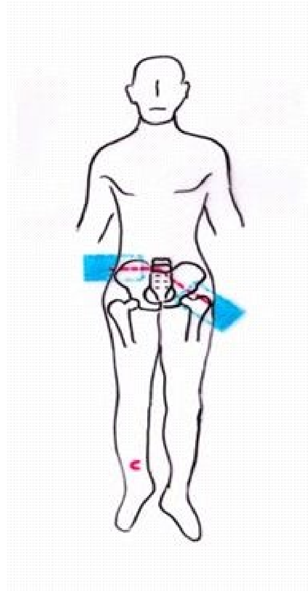
SEGRETO n. 46: lo psoas mette in relazione il centro con la periferia ed è sempre coinvolto: trattalo e vedrai normalizzarsi l'asimmetria d'arto.

Paziente supino:

- Si valuta l'asimmetria degli AAII dai malleoli interni.
- Quando non è evidente, si provoca con il test fasciale in allungamento o in compressione degli AAII e con il test di Thompson.
- Per differenziare una problematica discendente o duramerica, utilizzo il test di flessione del rachide cervicale. Se alla flessione del capo, si accentua l'asimmetria di AAII, la catena è discendente ed è implicata la dura madre.
- Testare sempre visceri, iliaci e temporali, prima di mettere i blocchi. Valutare altresì psoas e legamento inguinale, tramite l'Arm Fossa Test o il test di Poupart.

Posizione dei blocchi

1. *Cuneo lato gamba corta*. Blocco trasversale da fuori verso dentro, sotto la SIPS perpendicolare al rachide. Lo scopo è di allungare l'arto tramite conversione anteriore dell'iliaco.
2. *Cuneo lato gamba lunga*. Blocco inclinato di 45° dal basso verso l'alto e da fuori verso dentro, lungo l'asse del collo femorale. Lo scopo è di accorciare l'arto, tramite intra-rotazione del gran trocantere.



II categoria

SEGRETO n. 47: per ottenere il riallineamento degli AAII, spesso si deve lavorare il diaframma, il viscere interessato o l'iliaco con tecnica diretta, oltre lo psoas.

Subito dopo il posizionamento:

- controllare l'asimmetria di AAII;
- verificare lo psoas ipertonico e trattare;
- controllare iliaci e legamenti inguinali;
- controllare diaframmi e il viscere in compenso primario;
- testare ed eventualmente trattare OM e temporali;
- lavorare il viscere che risulta primario, dopo aver rilanciato l'AC;
- controllare la negatività al test di Poupart.

Pensare al:

- 🎬 rilancio della fase ascendente a partire dall'occipite;
- 🎬 riequilibrio cranio-sacrale e balance dei temporali;

- riequilibrio in risonanza tra occipite ed eventuale organo trattato;
- controllo della postura, delle oscillazioni e dei test d'ingresso.

Descrizione dei test e delle tecniche:

- Palpazione del Legamento Inguinale.
- Test di Poupart o Arm Fossa Test: test NM, neuromotorio sui legamenti inguinali, elettivo della II categoria.
- Test di Thompson: serve per evidenziare l'arto corto. Paziente supino. Con presa bi-malleolare, si chiede al paziente di abdurre l'arto superiore omo-lateralmente fino a 160° e si nota l'eventuale accorciamento dallo stesso lato.
- Test fasciale degli AAII: si interroga la catena fasciale degli AAII con presa calcaneare bilaterale, in allungamento o in compressione, per evidenziare l'arto corto.
- Test Psoas: si portano gli AASS verso l'alto e in trazione e si nota l'asimmetria. Dal lato corto, lo psoas è ipertonico. I test isometrici per la valutazione dello psoas sono altrettanto validi.

In II categoria le strutture che fanno da collegamento tra sistema superficiale e profondo sono meso ed epiploon. Si tratta sempre un viscere, oltre allo psoas. Consiglio specifici lavori sulla fascia iliaca, i legamenti e il ventre muscolare, per normalizzare la zona e permettere l'allungamento dell'arto corto. Se l'arto corto si allunga, i punti trigger spariscono. Per riequilibrare un paziente di II categoria è indispensabile che la forza dei due psoas sia identica. Le disfunzioni atipiche iliache spesso vengono corrette automaticamente dai blocchi, altrimenti si eseguono manovre di correzione dirette durante, prima o dopo il posizionamento.

SEGRETO n. 48: con la lettura delle categorie è inutile fare test di mobilità e bilanciamento tra sacro e iliaci.

Rilancio della fase ascendente

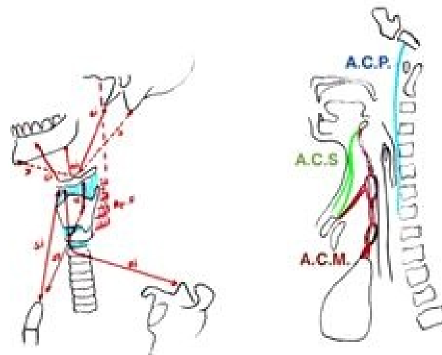
Paziente supino. Con presa sotto-occipitale che avvolge mastoidi e temporali, sollecito l'asse verso l'alto e in pre-flessione, fino a sentire che la trazione arriva

sul sacro. Chiedo al paziente un’inspirazione per agevolare questa fase. Il rilancio del sacro verso l’alto è possibile solo se temporali e OM sono liberi, perché la torsione craniale è il risultato della torsione pelvica e viceversa.

Il rilancio dell’AC da supino, può essere inteso anche come lavoro dell’asse aponevrotico centrale, con doppia presa: occipitale e centro frenico. Attivando il centro, si evidenzia sempre il temporale in disfunzione. Per mettere il cranio in flessione, bisogna controllare, testare e lavorare sempre i temporali. Rotolamento alternato, temporal lift o la ricerca del punto zero balancing, sono tecniche utilizzate a fine trattamento, per normalizzare la periferia craniale.

Prima di terminare, bisogna testare le articolazioni degli AAII. In II categoria è spesso impegnata una caviglia in compressione, ovvia conseguenza di un carico posturale unilaterale.

In II categoria è molto importante, a fine trattamento, mettere in risonanza i diaframmi, controllare i visceri del mediastino e l’osso ioide, trait d’union delle aponevrosi superficiali, medie e profonde. Il diaframma ioideo dipana le tensioni interne ascendenti e discendenti che influenzerebbero il centro del cranio e gli organi vitali del mediastino. È indispensabile che tale crocevia fasciale resti libero per svolgere correttamente la funzione di equilibratore tensionale.



Lo ioide scompone le forze vettoriali del centro e le distribuisce in periferia. Un problema della fascia toracica arriva direttamente allo ioide, ma può coinvolgere il cranio tramite l’aponevrosi cervicale profonda (ACP). La fascia di Henke ha lo stesso ruolo ammortizzatore sul rachide cervicale. Eseguo tecniche di stiramento fasciali, recoil, lavori sulla muscolatura della bocca e della lingua. Semplici

esercizi si consigliano anche al paziente.

Equilibrare gli organi emuntori, le membrane interossee, lavorare la pompa toracica per svuotare il centro e accelerare l'energia centrifuga di un sistema bloccato in chiusura è parte integrante del trattamento di una II categoria. Il lavoro specifico sul cranio, i lavori dell'ATM o le tecniche di liberazione delle disfunzioni legate al canale dell'espressione e all'apparato masticatorio risolvono in modo definitivo frequenti problematiche di II categoria.

Il nervo trigemino è in parte responsabile dell'innervazione della bocca. Tramite la sostanza reticolare, si connette al cervello arcaico paleomammaliano, o sistema limbico, sede delle emozioni. Nella sua configurazione olistica, come primo canale dell'espressione verbale, l'apparato masticatorio a volte nasconde importanti nodi atavici del paziente, legati alla sua sfera più intima, che si manifestano con bruxismo o bocca serrata e malocclusioni.

Trattamento III categoria V.N.: ACC

In questa categoria i tutori sono occipite e sacro, entrambi bloccati. Ciò comporta una compressione globale dell'AC. Il sistema è in chiusura e non ha più possibilità adattative.

Test d'entrata per confermare la categoria:

- postura compressa o in auto-allungamento, spesso antalgica;
- forma e posizione: occipite alto o basso e sacro sempre alto;
- test oscillazione: assente o anarchica;
- test compressione/allungamento: positivo;
- OTS: simmetrico e in disfunzione bilaterale/assenza di dolore;
- punti trigger: mastoide, trasversa di C1;
- segno del dollaro: piramidale.

SEGRETO n. 49: quando è evidente che trattasi di una compressione cranio-sacrale, è superfluo eseguire tutti i test d'entrata.

Ai test iniziali si deduce che l'adattamento è sul **SDM**, il cranio è primario. Gli

strain verticali o orizzontali e le compressioni sono le disfunzioni che trovo maggiormente, come da casistica.

Non sono permesse le due fasi del meccanismo e, per continuare a far circolare i liquidi, il sistema sfrutta le espansioni verticali, per questo non è in grado di allungarsi o di retrarsi. I due tutori non possono più compensare e l’asse centrale comprime. Le coste sono bloccate per compenso. L’asimmetria d’arto si cerca da prono ed è evidente.

Si può evidenziare anche da supino, poiché la fissazione sui tre sistemi fasciali è netta e nasconde una compressione sacrale su L5 e occipitale su sfenoide. Di conseguenza il centro è implicato profondamente e non ha più scelte adattative. Per questo motivo il paziente spesso presenta sintomi acuti e scarsa vitalità. Il **piramidale** è il muscolo protagonista.

Si sceglie direttamente la posizione prona per mettere i blocchi, giacché lo scopo è liberare il **SDM**, partendo dal sacro.

Paziente prono

L’obiettivo, come sempre, è riequilibrare la lunghezza degli AAII.

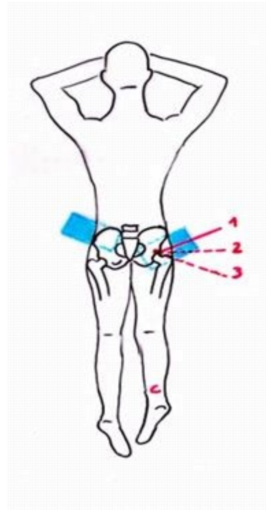
Risulta impossibile testare il sacro sui binari sacro-iliaci, l’arto inferiore più corto è sempre evidente ed è da qui che si parte per mettere i blocchi.

Posizione dei blocchi

1. *1° cuneo lato gamba corta*. Blocco davanti al gran trocantere e inclinato di 45° verso l’insicura ischiatica opposta. Lo scopo è extra ruotare l’anca per allungare l’arto corto.

2. *2° cuneo lato gamba lunga*. Blocco davanti alla SIAS verso il gran trocantere opposto, per accorciare l’arto lungo, come da I categoria.

Il 1° cuneo si mette in senso opposto alla I categoria, per non comprimere l’articolazione sacro-iliaca e per poter lavorare sul ventre del piramidale.



III categoria

SEGRETO n. 50: nel caso di forte dolore sull'emergenza del n. sciatico o quando non avviene l'istantaneo allineamento degli AAII, bisogna spostare gradualmente il 1° cuneo in direzione opposta come in I categoria.

L'effetto immediato della liberazione di L5 su S1 e del muscolo piramidale è la riduzione del sintomo. Bisogna cercare in ogni caso la posizione che libera il sacro, girando il cuneo attorno alla zona del dollaro.

Subito dopo il posizionamento, penso a rilanciare il centro partendo dalla fase discendente del sacro, attraverso un lavoro meccanico cranio-sacrale. Si restituisce mobilità al cranio attraverso il sacro, come da protocollo nei casi di compressione cranio-sacrale. Se il test del dollaro è positivo, controllo e lavoro il piramidale con: siderazioni sul tendine, tecnica Jones, energia muscolare.

È importante un lavoro di siderazione sul tendine di Achille per liberare gli appoggi, prima di far alzare il paziente. Il rilancio della fase discendente non può avvenire in presenza di disfunzioni durameriche vertebrali, che vanno trattate con tecniche specifiche.

SEGRETO n. 51: in III categoria è decisamente controindicata una manovra strutturale diretta; lavora la disfunzione di compenso solo con tecnica duramerica.

Interessanti sono i lavori di DeJarnette sulle linee nucali e di riduzione dell'arco riflesso patologico che agiscono sulla memoria lesionale vertebrale.

In seguito si approccia il cranio in posizione supina. Il protocollo di trattamento craniale è specifico e dipende dal singolo paziente. Eseguo test d'ingresso craniali, sulle membrane o sulla struttura, per capire come iniziare il lavoro. Saper lavorare il cranio e il sistema vertebrale con tecniche cranio-sacrali è condizione indispensabile per la correzione della III categoria.

Non dimentichiamo che il seno longitudinale rappresenta il modello pressostatico da cui deriva la continua richiesta di produzione e assorbimento di liquor.

SEGRETO n. 52: in III categoria, controlla e tratta i parietali; effettua la manovra di IV ventricolo per favorire il drenaggio.

Quando l'occipite è libero, si rilanciano la fase ascendente e i ritmi corporei con un lavoro cranio-sacrale e bio-energetico. Ricordiamo sempre di trattare le lesioni intraossee e le cicatrici, per non lasciare la memoria traumatica sulla Cellula.

Dopo aver tolto i blocchi, lavoro in risonanza occipite, sterno e sacro. Infine: controllo delle oscillazioni e dei test d'entrata. Il lavoro sullo sterno e sull'OTS serve a migliorare il drenaggio craniale, perché regola le pressioni intratoraciche.

Lo sterno, osso della linea mediana, mette in relazione i poli opposti dell'AC. Lo tratto sempre, in ogni categoria e con tecniche differenti. Lo sterno è una zona di contatto molto efficace e potente, per un lavoro di natura emozionale.

SEGRETO n. 53: testa e tratta sempre occipite e sterno, per le interconnessioni con i sistemi fasciali; il sacro si svincola grazie al posizionamento dei blocchi.

Sintesi del lavoro sull'asse centrale nelle tre categorie

– In categoria I: rilanciare la fase discendente, portare la SSB in basso.

– In categoria II: rilanciare la fase ascendente, portare la SSB in alto.

–In categoria III: rilanciare le due fasi, portare la SSB in alto e in basso.

Sfida il metodo 3D

- testa il paziente sui tre livelli;

- trova tre disfunzioni;
- testa le tre categorie;
- metti i blocchi;
- controlla le precedenti disfunzioni.

Sarai sorpreso!

Capitolo 7
Il linguaggio del corpo nelle tre categorie

Precisazioni

I cunei funzionano come leve sul peso corporeo, la normalizzazione è istantanea su tutti i tessuti molli e sulla dura madre. Per aiutare la correzione è necessario intra-ruotare gli arti inferiori e aprire le interlinee articolari, prima del posizionamento. Allineare testa e asse centrale. Da prono, i piedi fuori dal lettino, evidenziano l'asimmetria degli AAII. Si colloca il primo cuneo dal lato corto. Dopo il trattamento, i cunei vanno tolti lentamente e a ritroso.

Se permane l'asimmetria d'arto, bisogna pensare a:

- disfunzioni atipiche sacrali o iliache;
- lesioni intraossee;
- ATM;
- reni;
- cranio fortemente impattato;
- etmoide;
- protesi d'anca o di ginocchio;
- vero arto corto;
- cicatrici importanti.

A fine trattamento verificare sempre gli appoggi, con un test di mobilità dell'articolazione sotto-astragalica e dell'interlinea di Chopart e la verticalità di C0 su S2.

L'azione dei blocchi può essere facilitata con manovre di spinte correttive. La posizione deve essere confortevole e rendere visivamente simmetrica la forma

del quadro pelvico.

I blocchi possono essere usati, secondo la tecnica di DeJarnette, prima o dopo il trattamento chiropratico e per novanta secondi. Con il metodo 3D è preferibile usarli nel contesto del trattamento per fare le opportune verifiche e per enfatizzare la risposta. Devono essere tolti in ogni caso con l'avvenuto riallineamento degli AAII e solo dopo aver terminato il lavoro di rilancio delle due fasi sull'asse centrale. I blocchi possono essere usati anche da seduto, per il paziente che in fase acuta non può assumere altra posizione.

SEGRETO n. 54: se l'arto corto non si allunga, non ci saranno cambiamenti; la mano non deve avere dubbi, perché il dubbio altera l'informazione.

Secondo il principio base della tecnica di DeJarnette, la cattiva circolazione del liquor determina acidosi, con manifestazioni sintomatiche dolorose, variabili e diffuse. La cura con farmaci risolve il sintomo momentaneamente, ma sottopone gli organi emuntori a ulteriore lavoro. L'organismo risponde sostituendo il sintomo. La Tecnica dei Blocchi, per azione vagotonica, stimola il drenaggio, pertanto per ogni categoria è indispensabile dinamizzare i reni, anche in assenza di disfunzioni osteopatiche.

In I categoria, il rene è considerato parte della struttura che traziona in posteriorità. Si pensa ai suoi collegamenti e ai sistemi di sostegno.

In II categoria, si pensa al contenuto, l'organo tira da un lato e si lavora sulla dinamica di inspiro/espiro diaframmatico, per rilanciare la funzione ormonale e di filtrazione.

In III categoria, il rene è bloccato nella sua motilità. In questo caso non si considera l'alterazione della funzione, bensì la disinformazione sul SNV che andrà rilanciata lavorando sulle due fasi di espansione e retrazione e sulla risonanza.

Il collegamento e il lavoro degli organi emuntori è di particolare interesse in questa fase del trattamento.

Tecniche fluidiche

È altresì vantaggioso eseguire la tecnica di IV ventricolo, per favorire il

drenaggio dei liquidi già reso attivo dalla detenzione della dura madre lungo l'AC e dall'apertura di tutti i canali. Il nervo di Luschka e il SNV sono istantaneamente normalizzati con il posizionamento corretto dei blocchi che illumina il centro; quindi la manovra di IV ventricolo non serve per un riequilibrio neurovegetativo, ma per facilitare e potenziare la fase centrifuga liquorale. Tale manovra, che tutti gli osteopati conoscono, associata ai blocchi dà il tocco finale a un trattamento già di per sé potente. Diventa occasione di un momento di ascolto empatico con il paziente, ripristino della quiete e consapevolezza di un cambiamento che è in essere. La definisco "magica", una sublimazione del lavoro svolto a quattro mani.

L'azione fluidica crea un'onda che va dal centro verso la periferia, propaga un'energia profonda che libera lo stato di asfissia legato all'accumulo di CO_2, aumenta la potenza del sistema elettromagnetico del corpo, favorisce scambi e vibrazioni sottili. Il sintomo si elimina attraverso parestesie, sudorazione, lacrimazioni, diuresi, manifestazioni somato-emozionali.

La Cellula sta compiendo la fase riparativa e l'osteopata riesce a guidarla. Molti dolori periferici spariscono spontaneamente per attivazione del parasimpatico e dinamizzazione dei liquidi organici. Il paziente, dopo aver riposato in onda alfa, entra in uno stato di risveglio dell'attività cerebrale, per innalzamento del suo campo elettromagnetico e potenziamento del diamagnetismo, legato al maggior apporto di ossigeno O_2.

SEGRETO n. 55: la mucosa nasale è un potente emuntore del cranio; liberare le ossa del massiccio facciale e dinamizzare l'etmoide (n. olfattivo) significa chiudere il cerchio del drenaggio.

Risonanza

Mettere in risonanza i poli opposti dell'AC, cranio e sacro, permette alle due "zattere" di galleggiare sull'acqua organica, con stessa fluttuazione e stessa sinergia.

Il lavoro si esegue con una certa intenzione e attenzione, rimanendo in ascolto, fino a sentire tra le mani la stessa temperatura e viscoelasticità, andando anche oltre la barriera fisica, se il paziente lo consente. Le mani possono mettere in vibrazione alla stessa frequenza tutte le zone lavorate, anche quelle appartenenti a sistemi fasciali differenti. Il trattamento termina con la libera fluttuazione di

tutti i liquidi.

Ottenere una reazione di eccessiva sudorazione, di abbassamento della temperatura corporea o di stimolazione della diuresi è eccellente! Vuol dire che il sistema sta ripartendo, il paziente ha riequilibrato il suo sistema neurovegetativo e sta promuovendo la sua riparazione.

Al controllo in piedi e con gli stessi parametri di riferimento iniziali, si nota che l’oscillazione ha riacquistato la sua normale ampiezza e misura di 2° avanti e 2° indietro. Il cambiamento è avvenuto, sarà duraturo e profondo. Il paziente acquista subito consapevolezza del suo nuovo assetto corporeo.

SEGRETO n. 56: siamo solo dei facilitatori: fai meno possibile sul paziente, la vita cambia con l’armonia e per auto-regolazione.

Tutti i sistemi rispondono per errori e per adattamento ai cambiamenti. Saper riconoscere una debolezza, un trauma, un conflitto, un fallimento e l’evoluzione che ne deriva, significa crescere.

La resilienza è una risorsa di tutti e spesso la persona rifiuta ciò che sembra facile o anche una risposta troppo semplice.

Campi di applicazione e casi clinici particolari

Giovani pazienti

L’uso dei blocchi durante la prima infanzia è controindicato. L’informazione è molto sottile e i piccoli pazienti hanno un’innata capacità di risposta potente e immediata. Negli adolescenti, il tempo di posizionamento non deve superare i novanta secondi, fatta eccezione per i casi scoliotici.

Scoliosi

I blocchi sono eccellenti strumenti terapeutici per le scoliosi dell’età evolutiva. L’analisi delle tre categorie si applica anche in questi casi; si distinguono scoliosi di origine craniale, viscerale o strutturale. I risultati ottenuti sono positivi e duraturi. La procedura segue dei criteri specifici di verifica e trattamento. Le evidenze radiografiche parlano da sole.

Gravidanza

È doveroso monitorare la donna durante la gravidanza. Questa metodica aiuta la donna incinta e la segue mese dopo mese per accompagnarla al parto nel modo più naturale possibile. Il posizionamento dei blocchi facilita le correzioni del quadro pelvico, essendo controindicato il thrust. Potenzia le manovre viscerali e migliora la fase anabolica.

Altri campi di applicazione:

- malocclusione: la metodica, liberando i diaframmi, è di eccellente aiuto nei casi di disfunzioni dell'ATM;
- spesso l'uso di *bite* e/o plantari diventa superfluo;
- malattie degenerative;
- psicosi, depressioni, disturbi comportamentali;
- esiti da intervento chirurgico.

Caratteristiche dei pazienti, sintomi ricorrenti e risultati ottenuti

Le seguenti considerazioni sono dedotte da anni di sperimentazione pratica e di successi terapeutici e si affidano al riscontro di un'altissima percentuale di dati che le accomuna. Tutti i pazienti rientrano nel sistema variabile delle tre categorie.

Nella prima categoria prevalgono disfunzioni strutturali, relazioni mio-fasciali, biomeccaniche, linee di forze ascendenti e discendenti, tutto ciò che è meccanica.

In seconda categoria, l'approccio è viscerale, neurovegetativo, cardiovascolare; si pensa ai liquidi e alla relazione tra il viscere e la periferia.

Nella terza categoria, rientra il lavoro craniale, duramerico, il drenaggio del liquor e le lesioni intraossee.

Torna il numero tre, tre possibilità, tre lati della piramide, dove al centro troviamo il paziente protagonista, con il suo vissuto emozionale.

La sintomatologia del paziente in I categoria

La I categoria tende a portare il sistema in apertura e, essendo influenzata solo la

fascia superficiale, è un adattamento economico che non crea quasi mai sintomi invalidanti. Il paziente può presentare dolore lombalgico o dolore alla spalla, senza irradiazione periferica, esiti di distorsioni alla caviglia, dolore riferito in una zona ben circoscritta o essere tornato in I categoria in seguito a un ciclo di trattamento ben riuscito.

Questa categoria è sinonimo di comfort e di energia vitale alta ed è caratterizzata prevalentemente da disfunzioni di natura articolare. Il paziente recupera facilmente e risulta in I categoria quando viene a controllo periodico. Secondo la mia casistica, nel 98% dei casi il **SP** non è coinvolto. Il sistema viscerale può essere implicato, ma di solito si tratta della struttura dell'organo e della muscolatura liscia come il cardias, il piloro, i legamenti di sostegno del pericardio o gli organi del piccolo bacino.

I visceri di pelvi, vescica e utero, intimamente collegati alla struttura e al sacro anche per il loro sviluppo embriologico, possono trovarsi in disfunzione nella I categoria e nella I categoria bis anteriore. Disturbi del ciclo, dismenorrea, cistiti, prostatiti, fibromi e miomi uterini sono ricorrenti.

La sintomatologia del paziente in II categoria

È la più complessa da trattare, per la confusione creata dal duplice adattamento fasciale, superficiale e profondo. Caratteristici sono i dolori periferici proiettati per saturazione segmentaria.

Le irradiazioni dolorose sovra-mesocoliche dovute al n. frenico e a distonie neurovegetative, possono dare disturbi periferici come:

periartriti, dolori sui trapezi a dx o a sx da congestione epatica o da problematiche gastriche e pericardiche, torcicolli di origine viscerale, spasmo della valvola ileocecale, dolori alla mascella, dolori al braccio di origine polmonare.

Spalle algide, nausee, dolori gastrici ed ernie iatali, si risolvono in maniera efficace, veloce e duratura.

Le irradiazioni sotto-mesocoliche invece portano disturbi quali: dolori lombari, alla fascia lata, cruralgie, coxartrosi, gonartrosi, sciatiche di origine intestinale o da ptosi vescicale.

Tutti i sintomi da gravidanza e da post-parto sono di II categoria. Il trattamento normalizza le pressioni idropneumatiche e dinamizza la circolazione dei liquidi. Riequilibra, inoltre, il neurovegetativo segmentario o nervo di Luschka.

Spesso sono pazienti in sovrappeso che si nutrono male, non bevono a sufficienza e producono calcolosi. Molte sacro-ileiti sono dovute a calcoli intrappolati negli ureteri e molte lombo-sciatalgie a problematiche di malassorbimento. A volte basta mettere i blocchi e lavorare la radice del mesentere o il rene per risolvere dolori invalidanti.

Sciatiche da cattivo drenaggio arterovenoso, flebiti, emorroidi, congestioni del circolo e micro-circolo. La risposta immediata in tutti i casi clinici trattati è l'aumento del tempo diastolico, promosso dalla secrezione di liquor e da un effetto vagale. Diminuisce la pressione sanguigna e si dilata il tempo sistolico. I risultati sono strepitosi in molti casi di disturbi pressori funzionali, in pazienti che erroneamente fanno uso di betabloccanti.

La sintomatologia del paziente in III categoria

Per l'osteopata è la categoria più semplice da trattare, perché rispetta un protocollo fisso, per i pazienti invece è la più invalidante, perché il sistema ha sfruttato tutte le possibilità di adattamento.

Sono persone con poca vitalità, spesso depresse, lamentano dolori diffusi, senza un motivo di consulto specifico, sono stanche, dormono male, usano farmaci o droghe e sono intossicate. L'alterazione del SNV crea un caos funzionale, possono alternarsi distonie come: tachicardie, vertigini, cefalea, palpitazione, stato d'ansia, disturbi pressori. Oppure il paziente può arrivare in stato acuto, con dolore sciatico e sintomatologia dolorosa da patologia degenerativa o da fibrosi post-chirurgica anche se con Lasègue negativo.

In presenza di ernia espulsa documentata e Lasègue positivo, il trattamento di drenaggio del liquor restituisce maggiore mobilità e diminuisce l'edema e la compressione nel canale. Il paziente gestisce meglio il sintomo, riduce la zoppia e l'eventuale intervento chirurgico sarà facilitato.

La normalizzazione del piramidale riduce le irradiazioni dolorose ischiatiche. Il lavoro sul cranio spesso risolve istantaneamente la fase acuta delle sciatiche di origine craniale.

Il paziente anziano è bloccato in questa categoria e da qui non esce, per sclerosi dei tessuti. Rimarrà nel suo schema, ma la dinamica fluidica e il suo potenziale vitale miglioreranno a fine trattamento.

In questa categoria si riscontrano anche adenomi prostatici, problemi ginecologici, amenorrea nella giovane donna anoressica, problemi d'infertilità e d'insonnia.

La III categoria è la perdita di ogni possibilità di adattamento o seguito di grandi incidenti, colpi di frusta, traumi cranici, interventi chirurgici, disturbi della sfera comportamentale, traumi psichici, allergie, otiti, labirintiti, sistemi immunitari deboli, abuso di alcol, tabacco e sostanze stimolanti. Uno scrupoloso lavoro sul sistema cranio-sacrale dà risposte eclatanti nel 90% dei casi acuti e cronici.

SEGRETO n. 57: le tre categorie sintetizzano l'osteopatia e tutte le variabili adattative che si possono testare sui pazienti; ogni protocollo deve essere adattato al singolo individuo.

Non riusciremo mai a eseguire trattamenti identici per una stessa categoria. Teniamo ben presente che tutto è possibile, che c'è sempre una relazione tra centro e periferia e tra le categorie, che non esiste uno schema fisso, ma solo una mappa orientativa sulla quale poter costruire un trattamento personalizzato.

Come evolvono i sintomi secondo la Legge della Guarigione

Tutti i pazienti arrivano con disturbi che sono legati a conflitti della vita passata, traumi antichi o recenti, che troppo spesso sono interpretati con ragionamenti lineari di causa-effetto. L'organismo umano è una macchina complessa, con un'intelligenza troppo potente e sottile per rispondere a interpretazioni epistemologiche. Il corpo si adatta in continuazione per difendersi e restare in economia.

La fascia assorbe e cristallizza tutti i conflitti fisici e psichici, fino a perdere la sua funzione viscoelastica. Meglio, a mio parere, interrogare i tessuti e fare le opportune correzioni con l'intelligenza intuitiva delle mani; lasciare poi, che il riequilibrio avvenga spontaneamente, cosi come si è prodotto il caos.

Secondo la Legge di Guarigione di C. Hering, dopo il trattamento i sintomi devono evolvere dal centro verso la periferia e dall'alto (ego, mente, spirito) verso il basso (corpo), procedendo a ritroso nel tempo, tanto da far ricordare al

paziente la sua pregressa storia sintomatologica.

È una riprogrammazione funzionale che necessita talvolta di un tempo di latenza per ottenere la risposta, ed è possibile anche un aggravamento temporaneo dei sintomi, che deve pertanto essere gestito con intelligenza. Un'asma può risolversi con una manifestazione cutanea, uno stato d'ansia con una pirosi gastrica, una cefalea cronica con una brachialgia transitoria.

Prima di sparire definitivamente, i sintomi si trasformano, eliminando la vera causa scatenante, tramite una crisi purificatrice. Risvegliando la memoria spazio-temporale, il paziente ricorda i vecchi traumi, spesso associati a eventi conflittuali inconsci. La persona compie un viaggio terapeutico in 3D, fisico, organico e psichico, che lo porta alla comprensione del linguaggio del corpo.

SEGRETO n. 58: c'è sempre un senso biologico nelle malattie: non ci ammaliamo per caso. La malattia ha un senso nell'evoluzione dell'individuo e un significato verso cui orientarsi.

La guarigione avviene grazie a un cambiamento e a una trasformazione del dolore e del pensiero. Scrive DeJarnette: «Il corpo umano vi può raccontare la sua storia, se vi fermate ad ascoltarlo!» In quest'ascolto mi sono fermata, perché da qui la ricerca diventa infinita, fuori dai tecnicismi, ed è entusiasmante scoprire, con umiltà, di avere il potere di illuminare e di far star bene gli altri.

Le categorie parlano del paziente. Tra un trattamento e l'altro, egli riacquista forza vitale, trasforma i suoi adattamenti da III in I categoria, fino ad annullare la memoria lesionale e a potenziare il risveglio del Sé e di un linguaggio perso.

Il lavoro craniale, la messa in risonanza, le tecniche di zero balancing e di releasing somato-emozionale fanno da sfondo e catalizzano la risposta del paziente verso un recupero totale.

SEGRETO n. 59: facciamo del paziente, nel qui e ora della visita, la persona più importante della nostra vita.

La cura naturale: consigli utili per i pazienti

«Osteopathy is a system of medicine that emphasizes the theory that the body can make its own remedies, given normal structural relationships, environmental conditions, and nutrition. It differs from allopathy primarily in its greater

attention to body mechanics and manipulative methods in diagnosis and therapy». (WHO, World Health Organization).

La vera e unica "guarigione naturale" avviene tramite cure e rimedi che rispettano la legge della natura. Quando si comincia a pensare, vivere e mangiare in modo sano, si comprende cosa ha portato naturalmente il sintomo e poi lo stato patologico. L'idea centrale dell'olismo è la stretta interconnessione tra la mente e il corpo e la considerazione del principio di reversibilità della malattia.

Quando si decide di fermarsi e di cambiare direzione e abitudini, si sceglie di guarire e di fare un cammino a ritroso verso la riconquista del Sé. La malattia deve essere cacciata fuori in senso centrifugo, anziché riportare i sintomi all'interno con farmaci cronicizzanti e soppressori.

SEGRETO n. 60: si può decidere di cambiare orientamento, muoversi in un nuovo spazio, motivare il dolore fisico in altro modo e acquistare libertà nella scelta del proprio approccio terapeutico.

Che cosa consiglio ai pazienti: istruzioni per il cambiamento

«Disabitua l'abitudine! Non sorvolare su ciò che confuta le tue convinzioni! Evita i condizionamenti che la società impone! Usa la sofferenza per saltare dal tuo trampolino ed esplorare nuovi spazi!»

Suggerisco di seguire semplici regole quotidiane e di scegliere ogni settimana un piccolo cambiamento che entri a far parte delle abitudini personali, come:

- eliminare gli eccessi dietetici / idratare il corpo;
- preferire un'alimentazione equilibrata e alcalina;
- aiutare gli organi emuntori con prodotti omeopatici o fitoterapici;
- eliminare la disbiosi intestinale con rimedi naturali;
- iniziare un'attività fisica, ludica, artistica;
- ridurre il livello di stress che porta acidosi;
- essere presenti nel presente;
- riposare la notte;

- prendere contatto con il Sé attraverso l’arte della medit-Azione.

SEGRETO n. 61: equazione del benessere: 80% nutrimento + 20% attività fisica, ludica, creativa; nel 100% risiede consapevolezza e salute.

L’interruzione di comportamenti malsani associata al trattamento, permette di ricostruire l’integrità cellulare, evita la degenerazione e la cronicizzazione dei sintomi. Se rispettiamo i ritmi biologici e viviamo nella natura, ritorniamo allo stato di salute.

Reintegrarsi con aria e cibo sani, con l’ambiente sociale e familiare vuol dire ritrovare equilibrio e intelligenza istintiva.

Ci si ammala quando non si vive ciò che si vuole vivere, non si fa ciò che si vuole fare e non si è ciò che si vuole essere; quando si conduce una vita che non ci appartiene, imprigionati nella corazza dei condizionamenti. La corazza crea una barriera energetica, si installa in maniera inconscia, sin dalla nascita, sul tessuto connettivo e influenza in modo drastico la vita e il suo divenire.

Spesso i risultati di un ciclo terapeutico vanno oltre la prevedibile aspettativa del paziente, che viene per risolvere un sintomo, per poi scoprire molto di più di sé stesso e dei suoi conflitti. Risulta difficile spiegare l’imponderabile risposta ottenuta. Forti scariche energetiche risvegliano stati di coscienza sopiti, memorie antiche, stati affettivi rimossi, rivelazioni fluiscono tramite immagini o sogni. Vedere solo la realtà misurabile non è un problema, ma negare la possibile esistenza di un’altra dimensione non percepibile dalla ragione e dai nostri sensi è un limite.

Testimonianze

«Ho la sensazione di avere le gambe molto più leggere, mi è tornato il ciclo mestruale dopo più di sei mesi! Sono stata trattata tante volte, ho fatto cure ormonali, ma questa è la prima volta che in tempo record ho ottenuto il risultato sperato! Eclatante! spero vi sia utile questa mia esperienza. Il Metodo dei Blocchi diventa il mezzo di prevenzione e cura che utilizzerò a vita e lo consiglio a tutti» (Silvia).

«Non ho più la fibromialgia, forse perché non è mai esistita» (Massimo).
(Breve storia di una guarigione): «I dolori alle ginocchia mi impedivano di camminare. L’ortopedico mi aveva ordinato i plantari, che ho cominciato a

portare. Dopo circa un mese, un dolore ancora più invalidante si era localizzato maggiormente sul ginocchio destro e anche sulla schiena, non riuscivo ancora a camminare e a praticare il mio amato Taiji. Alla prima seduta con il Metodo dei Blocchi, ho scoperto che l'origine del dolore era il mio rene destro, oltre a una serie di nodi sparsi qua e là, e siamo risaliti al cambiamento più grande della mia vita. Infatti, due mesi prima avevo lasciato lavoro e marito. Dopo varie sedute, nelle quali sono stata ripulita da grossi blocchi che il mio corpo aveva prodotto da solo e per difesa, come mi è stato spiegato, sono riuscita di nuovo a camminare e, alla quarta seduta, c'è stata la svolta! Una tremenda scarica di energia attraverso le gambe e un percorso a ritroso di memorie antiche, di dolorosissime violenze subite da bambina, mi hanno portato a capire la vera origine del mio conflitto psicofisico. Ho fatto ancora un paio di sedute a distanza di un mese, per mia scelta, ma la guarigione era già avvenuta. Un dono prezioso aver conosciuto chi riesce ad aiutarmi a 360° in maniera così totalizzante e profonda. Per sempre grata» (Alessandra).

«Il dolore si è localizzato in un punto, è cambiato di durata e intensità, qualcosa si è modificato, ma non so spiegare. Voglio continuare perché il corpo mi dice che sono sulla strada giusta» (Diego).

«Il motivo per cui mi sono recata dall'osteopata è stato l'alluce valgo al piede sinistro e i relativi dolori osteoarticolari. Nel corso della prima visita ho sentito che il peso del corpo poggiava prevalentemente a destra e, già a seguito del primo trattamento, la percezione del mio carico era completamente cambiata. I dolori sono quasi del tutto scomparsi, un sollievo enorme e una sensazione di leggerezza m'invadevano. Ho preso consapevolezza che l'intervento chirurgico per la correzione del mio alluce valgo sarebbe stato un errore e non risolutivo. Infatti avrei tolto un difetto estetico, ma non il dolore» (Laura).

«Sparito il mal di testa che avevo da vent'anni! Dopo il primo trattamento, ho avuto dolori diffusi in periferia, ai polsi, alle mani e alle ginocchia, come se mi stessi depurando. Ad alcuni giorni di distanza dal secondo trattamento, ho provato un intensissimo dolore all'arco plantare destro che poi è sparito lasciandomi libera da qualunque sintomo». (Giuliana).

«Un episodio di rabbia repressa espulsa senza freni inibitori e poi tante energie e pensieri negativi vomitati fuori. Da allora dormo bene, sono più tranquilla, faccio le cose senza problemi e senza ansia» (Laura).

«La prima volta ero impaurita e scettica, pensavo di affidare per la centesima volta il mio corpo a mani sconosciute; avevo dolori diffusi e un corpo indebolito da chemio e radiazioni. Sbandamento, problemi intestinali, tachicardie, diarrea, perdevo peso, attacchi di panico e depressione. Oggi sto molto meglio, vertigini e reflusso spariti. Con il Metodo dei Blocchi ho risolto anche il mio stato depressivo. So che c'è ancora da fare, da pulire, ma ora so a chi affidarmi, la mia forza vitale fluisce, il mio obiettivo è stare bene». (Mariolina).

«Dopo il trattamento di una II categoria, la mia osteopata mi ha consigliato di farmi rivedere a distanza di un mese, ma mi sono accorta di non avere necessità di un secondo trattamento, perché mi sentivo bene, benissimo. È sparito il dolore diffuso e l'infiammazione. Ho dormito come un sasso per sette ore a notte e la sensazione di pesantezza alla colonna con le parestesie sono solo un ricordo! A tutt'oggi definisco buono il mio stato di benessere, mi sono accorta di avere l'energia giusta per affrontare le difficoltà, di avere quel margine di azione che da un paio di anni, dopo il cancro, non avevo più. Grazie infinite» (Antonella).

«È un tuffo nella fiducia! Per farti aiutare da qualcuno devi soprattutto fidarti. Essere accolti e ascoltati è fondamentale, come il capire che, molto spesso, tutto origina dalla nostra testa» (Debora).

SEGRETO n. 62: consenti alla persona di parlare del Sé, aprile uno spazio neutrale, senza giudizio, diventa un tramite perché possa guardarsi allo specchio e riconoscersi.

Quando la mente è libera, è simile all'acqua, si estende attraverso tutto il corpo e può andare ovunque si voglia mandarla.

Conclusione

Lavorare con i blocchi presuppone la comprensione del linguaggio del corpo e saper veicolare l'informazione data dall'effettiva potenza di questi strumenti, con mani sagge. Ogni persona che arriva a fare una visita è uscita dal proprio modello vibrazionale e si ammala perché non rispetta più la sua Natura.

Una funzione alterata darà un movimento alterato, ma la Cellula troverà sempre il modo di oscillare, poiché l'oscillazione traduce il suo desiderio di continuare a respirare. L'oscillazione riflette la qualità di vita e il potenziale vitale del paziente, così con una semplice osservazione visiva sappiamo già tanto di lui.

Sappiamo che se ridiamo luce nel centro, la corretta informazione darà allineamento di C0 su S2, detenzione istantanea della dura madre, simmetria ad arti e postura, dinamizzazione dell'acqua, stimolazione delle funzioni gerarchicamente più importanti, equilibrio tra orto e parasimpatico, eliminazione dei cataboliti e riattivazione di una memoria antica del vissuto, della storia affettiva e di un risentito mai e-mosso. Il tutto con un unico gesto!

La Metodica dei Blocchi è molto di più del tecnicismo al quale mi sono attenuta per cercare di spiegarne i contenuti. Diventa una tecnica fluidica, sovrastante e più potente di qualsiasi altro approccio biodinamico, perché sfrutta il principio di risonanza e provoca fenomeni che non sempre si riescono a spiegare.

Manda un'informazione di riparazione tessutale, grazie all'azione drenante di tutti i liquidi organici dal più profondo, il LCR, verso la periferia. Promuove una risposta vagale con effetti miorilassanti, riparatori e riequilibranti. Enfatizza il trattamento osteopatico intervenendo sui tre sistemi fasciali contemporaneamente.

Estrapola la disfunzione di compenso, mostrando il percorso lesionale del paziente e controlla il suo viaggio terapeutico a ritroso. Agisce sulla memoria tessutale e sul danno di natura emozionale, aprendo spazi inesplorati della coscienza. È un potente atto terapeutico che aiuta l'organismo a restituirsi alla sua forza vitale originale. Non ha nessuna controindicazione. I test sono ripetibili e verificabili. Il compito dell'osteopata è liberare energia trattenuta. Il corpo rimette ordine.

Il tessuto registra, ricorda e si rimodella: «Il disturbo del campo precede ogni modificazione dei tessuti» (A. Einstein). L'osteopata deve orientarsi in maniera tridimensionale verso l'intera biosfera del paziente, «così da poter invitare stati di equilibrio e assestamento in quel campo fluido e una riconnessione profonda che permette la guarigione a un livello più profondo» (M. Kern).

L'osteopata e il paziente che conoscono le potenzialità del metodo 3D, non potranno che confermare i dati esposti.

Questo manuale pratico, che invito tutti a consultare e verificare, è il risultato di vent'anni di studio, esperienza clinica, ricerca multidisciplinare; un prodotto cresciuto nel rispetto dell'etica e della competenza professionale, rinforzato e sostenuto da grande passione e viva curiosità.

Indirizzare l’interesse della ricerca in campo osteopatico sempre più verso la sperimentazione pratica, penso che sia l’unico modo per avvalorare questa disciplina. Per offrire al vastissimo campo di applicazione della materia osteopatica altri possibili percorsi esplorativi e dimostrativi della sua straordinaria valenza, bisognerebbe avvalersi di nuove integrazioni di ricerca, come la fisica, la biologia, l’embriologia biodinamica, l’epigenetica, la biofisica, la PNEI.

Superare il limite del sapere mono disciplinare e innalzarlo verso un orizzonte meno probabilistico, più calcolabile, verso una conoscenza condivisa con evidenze scientifiche di ciò che accade sotto i tessuti quando si lavora, darebbe più valore e attendibilità ai cosiddetti “miracolosi poteri delle mani”.

Iniziato come percorso del tutto personale, l’intenzione è divenuta sempre più chiara: dare un contributo alla sperimentazione osteopatica con una metodologia di riferimento, un supporto pratico sul quale potersi orientare per continuare a esplorare. Una chiave di lettura che facilita la comprensione del paziente o una linea guida da seguire, anche senza l’ausilio dei blocchi per il trattamento. Il metodo 3D non è “giusto”, perché non si basa su convinzioni o eccellenze scientifiche, ma funziona, e questo fa la differenza tra ciò che si insegna e ciò che si fa. A mio avviso il “come” orienta verso le soluzioni ed è più utile del “perché”. Questo manuale pratico ne è la sintesi.

Consulta il mio sito: www.veliatortora.it
Ti aspetto ai miei corsi di formazione.

Abbreviazioni

AAC – asse aponevrotico centrale
AAII – arti inferiori
AASS – arti superiori
AC – asse centrale
ACA – asse centrale alto
ACB – asse centrale basso
ACC – asse centrale compresso
ATM – articolazione temporeo mandibolare
CSM-CSM – punti d’asse condilo-squamo-mastoideo
CTP– centro tendineo del perineo
DC – diaframma craniale
DM – dura madre
DP – diaframma pelvico
LCR – liquido cefalorachidiano
LFR– latero flessione rotazione
MTR – membrane di tensione reciproca
OE – ortosimpatico
OM – sutura occipito-mastoidea
OS – occipito-sacrale
OTA – orificio toracico addominale
OTS– orificio toracico superiore
SDM – sistema duramerico
SF – sutura sfeno-frontale
SI – articolazione sacro-iliaca
SIAS – spina iliaca antero-superiore
SIPS – spina iliaca postero-superiore
SNC– sistema nervoso centrale
SNV– sistema neurovegetativo
SP – sistema profondo
SS – sistema superficiale
SS-SS – punti d’asse sutura sfeno-squamosa
SSB – sincondrosi sfeno-basilare
TI – temporo-iliaca

Ringraziamenti

Alla Bruno Editore, Giacomo Bruno, Roberto Bizzarri, tutti gli amici di Numero1, con i quali condivido un progetto comune: scrivere un libro per trasformare la vita alle persone.

Il “grazie” del cuore va al mio Maestro, Maurice Audouard. Motivazione, curiosità e crescita le devo a lui.

A Jean Marc Campigotto, eccellente osteopata, prezioso mentore. A lui devo l’amore per la ricerca e tanto altro.

Alla mia famiglia, agli amici che mi sostengono sempre, ai miei stimati assistenti e collaboratori Francesco Giani e Vito Lombardo.

A un professionista esperto, competente e affidabile: Mauro Gravili, Software Engineering.

A tutti gli allievi che hanno seguito e che frequentano i miei corsi di formazione e ai miei futuri lettori.

Ai pazienti che da anni e con fiducia si affidano alle mie mani, illuminanti guide di una costante ricerca esplorativa.

Grazie al mio faro: la perseveranza.

Bibliografia e risorse

Bateson G., *Verso un’ecologia della mente*, Adelphi, 1977.

Becker Rollin E., *La vita in movimento*, Futura Publishing Society, 2009.

Bleshschmidt E., *Come inizia la vita umana dall’uovo all’embrione*, Futura Publishing Society, 2009.

Blum C.L. - Soto USA, *Chiropractic Manipulative Reflex Technique (CMRT)*.

Campigotto J.M., *Trattamento osteopatico nei pazienti affetti da sciatica da ernia discale*, Tesi di diploma Cerdo D.O.

Caniggia A., *Metodologia clinica*, Minerva Medica, 2005.

Caporossi R., *Le système neuro-végétatif et ses trouble fonctionnels*, De Verlaque, 1994.

Chauffour P. - Prat E., *Le Lien Mécanique Ostéopathique. Théorie et pratique*, Éditions Sully, 2003.

Claps, D., *La bussola costituzionale*, Enea, 2016.

DeJarnette M.B., *Reflex pain*, 1934.

DeJarnette M.B., *Sacro Occipital Tecnique*, Privately Published, Nebraska City, 1988.

DeJarnette M.B., *Sacro-Occipital Technique*, 1977.

Dethlefsen T., *Malattia e destino*, Edizioni Mediterranee, 2000.

Fattorusso V. - Ritter O., *Vademecum clinico per il medico pratico*, Masson, 1987.

Gershon M.D., *Il secondo cervello*, Utet, 2014.

Gujton A.C., *Elementi di fisiologia umana*, Piccin, 2001.

Hahnemann S., *Materia medica pura*, Edi-Lombardo, 2000.

Hering C., *Materia medica*, vol. I, American Homoeopathic Publishing Society, 1879.

Issartel L. - Issartel M., *L'ostéopathie exactement*, Robert Laffon, 2005.

Kapandji I.A., *Fisiologia articolare*, Marrapese, 1984.

Kern Michael, *Craniosacrale. Principi ed esperienze terapeutiche,* Tecniche Nuove, 2006.

Korr Irvin M., *Bases physiologiques de l'ostéopathie*, Frison-Roche, 2009.

Pfister M. - Cella S., *La malattia è un'altra cosa. Introduzione alla comprensione della cinque leggi biologiche scoperte dal dr. Ryke Geerd Hamer*, Secondo Natura editore, 2013.

Lazorthes G., *Le systéme nerveux central*, Masson, 1983.

Lipton B., *La biologia delle credenze,* Macro Edizioni, 2013.

Magoun H.T., *Osteopathy in the cranial field,* Journal Printing Co, 1976.

Mambretti G. - Seraphin J., *Medicina sottosopra*, Amrita, 2002.

Moll J.D., *La ronde des émotions et ostéopathie*, Lulu Press, 2012.

Monk R. - Soto Usa, *Sot Manual 2006*.

Monk R., *Extremity adjusting based on the Methods of Dr. DeJarnette*.

Paoletti S., *Le fasce. Il ruolo dei tessuti nella macchina umana*, Esomm, 2003.

Perroneaud-Férré R., *Cranio-pelvic osteopathy. The Block Tecnique*, De Verlaque, 1988.

Quinn T.A., *The feminine touch women in osteopathic medicine,* Truman State University Press, 2011.

Richard F. - Therbault P., *Les techniques ostéopathiques chiropractiques américaines*, Frison-Roche, 1992.

Sergueef N., *Anatomie fonctionnelle appliquée à l'ostéopathie crânienne*, Elsevier, 2009.

Soresi E., *Il cervello anarchico*, Utet, 2013.

Soto USA, *Compendium of Sacro Occipital Technique: Peer-Reviewed Literature 1984-2000*, Eastland Press, 2001.

Soto USA, *Sacro occipital Technique organization*.

Still A.T., *Autobiografia*, Castello, 2000.

Still A.T., *Filosofia e principi meccanici della osteopatia*, Castello, 2000.

Still A.T., *Osteopatia. Ricerca e pratica*, Castello, 2000.

Still A.T., *Philosophy of osteopathy*, 1899.

Summer G. - S. Haines, *Intelligence crânienne, guide pratique de thérapie crâno-sacrée biodynamique*, Sully, 2014.

Sutherland W.G., *The cranial bowl*, Free Press Company, 1939.

Therbault P., *Terapie manuali. Tecniche osteopatiche e chiropratiche*, Minerva Medica, 1997.

Thie J.F. - Thie M., *Touch for Health. Manuale completo di kinesiologia applicata*, Red Edizioni, 2015.

Tortora V. (relatrice di tesi), *Stato dell'arte della tecnica sacro-occipitale di DeJarnette D.C.*, traduzione del manuale 1976 (Gallo Enni Rossini).

Tortora V., *La Tecnica dei Blocchi ha effetti su sistema neurovegetativo?*, tesi di diploma Cerdo D.O.

Tricot P., *Ostéopathie tissulaire: diagnostic, méthode et traitement*, 1995.

Tricot P., *Osteopatia fasciale. Approccio e tecniche tessutali per un'osteopatia della coscienza*, Marrapese, 2009.

Trupiano, C., *Grazie dottor Hamer*, Secondo Natura editore, 2015.

Upledger J.E. - Vredevoogd D., *Terapia cranio-sacrale. Teoria e metodo*, Red

Edizioni, 2013.

Upledger J.E., *Il trauma e la mente. Rilassamento somatoemozionale e oltre*, Marrapese, 1998.

Upledger J.E., *Terapia cranio-sacrale. Oltre la dura madre*, Marrapese, 2010.

van der Wal Jaap, *Dinamiche morfologiche ed embrionali*, Estratti dal Dossier Embrio 2005.

van der Wal Jaap, *La parola all'embrione*, ITCS, 2007.

Zilbermann S., *Architecture cranio-sacrée*, De Verlaque, 1991.

Zolli A., *Resilienza, la scienza di adattarsi ai cambiamenti*, Rizzoli, 2014.

Corsi e conferenze

P. Aiese: introduzione alla comprensione delle 5 leggi biologiche.

M. Audouard: lezioni magistrali corso di cranio-sacrale e formazione, C.e.r.d.o (1992-1999).

J.M. Campigotto: lezioni magistrali post-graduate viscerale.

Emilio Del Giudice: Fisica quantistica e biologia - Memorie nell’acqua? - Il concetto di risonanza (conferenze).

Vittorio Elia: www.acquainformata.eu, il ruolo dell’acqua nella materia vivente.

Roberto Germano: Aqua saggi bibliopolis.

Maggio, Moll, Dubois, Hansroul: centraggio somato-emozionale.

S. Meallet: la Tecnica dei Blocchi, 1999.

P. Therbault: il metodo DeJarnette.

J.E. Upledger: tecniche cranio-sacrali.

J. van der Wal: dinamiche morfologiche ed embrionali.